

**Публичная оферта**  
**на заключение Договора о взаимодействии при предоставлении гражданам**  
**услуг в сфере обязательного медицинского страхования**  
**в Муниципальном казенном учреждении «Многофункциональный центр предоставления**  
**государственных и муниципальных услуг города Дубны Московской области»**  
**(МКУ «МФЦ города Дубны»)**

г. Дубна Московская обл.

«30» августа 2017 г.

В соответствии со статьей 437 Гражданского Кодекса Российской Федерации настоящая Оферта является публичной офертой, то есть предложением МКУ «МФЦ города Дубны» (далее - МФЦ) адресованным, неопределенному кругу лиц (организациям).

В случае принятия изложенных в настоящей Оферте условий организация, осуществляющая ее акцепт, заключает Договор с МКУ «МФЦ города Дубны» о взаимодействии при предоставлении гражданам услуг в сфере обязательного медицинского страхования (далее – «Договор»), в соответствии с условиями, определенными Договором, а также по осуществлению иных действий, предусмотренных Договором, в МФЦ на условиях, изложенных в настоящей Оферте и приложении к ней. Договор заключается на возмездной основе.

Оферта вступает в силу со дня, следующего за днем размещения её на официальном информационном сайте МФЦ в сети Интернет – <http://mfc-dubna.ru>.

Оферта является бессрочной вступает в силу со дня, следующего за днем размещения её на официальном информационном сайте МФЦ в сети Интернет <http://mfc-dubna.ru> и действует до дня, следующего за днем размещения на официальном информационном сайте МФЦ в сети Интернет – <http://mfc-dubna.ru> извещения об отмене Оферты. МФЦ вправе отменить Оферту в любое время без объяснения причин.

Акцептовать Оферту (отозваться на Оферту) вправе страховая медицинская организация, имеющая лицензию на осуществление страхования в части обязательного медицинского страхования на территории Московской области, и соответствующая иным требованиям ст.14 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Организация, акцептующая Оферту, должна иметь место нахождения и/или филиал, и/ или представительство на территории г. Москва и/или Московской области, либо иное структурное подразделение для оперативного взаимодействия с МФЦ на указанной территории.

Акцепт настоящей Оферты осуществляется путем направления организацией следующего комплекта документов на почтовый адрес МФЦ: 141980, Московская область, г. Дубна, ул. Академика Балдина, д.2 или на электронный адрес: [mfc-dubnago@mosreg.ru](mailto:mfc-dubnago@mosreg.ru) :

1. Подписанного, скрепленного печатью (при наличии) ответа о полном и безоговорочном согласии с условиями, изложенными в настоящей Оферте, на фирменном бланке организации (форма ответа – Приложение № 1);
2. Договор (форма договора – Приложение № 2) с заполненными реквизитами, *подписанный, скрепленный печатью (при наличии)*,
3. Копия Устава организации, акцептующей Оферту, заверенная организацией;
4. Копия свидетельства о государственной регистрации, заверенная организацией;
5. Копия свидетельства о постановке на учет по месту нахождения организации, заверенная организацией;
6. Копия решения об избрании лица, имеющего право действовать от имени организации без доверенности, заверенная организацией;
7. Выписка из ЕГРЮЛ, полученная не позднее 5 дней до момента акцепта Оферты (оригинал или распечатанная с официального ресурса Федеральной налоговой службы в сети Интернет, заверенная подписью единоличного исполнительного органа и печатью организации);

8. Копия лицензии на осуществление страхования в части обязательного медицинского страхования, заверенная организацией.

Заключение Договора на бумажном носителе (подписание сторонами и скрепление печатями (при наличии)) является обязательным условием акцепта настоящей Оферты.

Все существенные условия описаны в проекте Договора, являющегося приложением к настоящей Оферте.

Организации, акцептующие настоящую Оферту, несоответствующие указанным в Оферте требованиям, признаются несоответствующими условиям Оферты, Договор считается незаключенным и не порождает каких-либо взаимны прав и обязанностей.

МФЦ оставляет за собой право вносить изменения в Оферту, в связи, с чем лица, заинтересованные в принятии Оферты должны самостоятельно контролировать наличие изменений в них. Уведомление об изменении Оферты МФЦ обязан разместить на официальном сайте МФЦ <http://mfc-dubna.ru> в виде информационного сообщения не позднее, чем за 2 (два) рабочих дня до даты вступления таких изменений в силу.

Приложение к публичной оферте:

1. Приложение №1 Ответ на публичную оферту.
2. Приложение № 2 Договор.

В МКУ «МФЦ города Дубны»  
Куда: 141980, Московская область,  
г. Дубна, ул. Академика Балдина, д.2

### Ответ о полном и безоговорочном согласии с условиями оферты

(наименование организации)

1. Сведения об организации:
  - 1.1. Полное наименование организации (на основании учредительных документов)
  - 1.2. Сокращенное наименование организации (на основании учредительных документов)
  - 1.3. Сведения о Лицензии
  - 1.4. Место нахождения
  - 1.5. Почтовый адрес
  - 1.6. Контактные телефоны
  - 1.7. Контактные лица
  - 1.8. Адрес электронной почты (при наличии)

В ответ на Публичную оферту от «29» августа 2017 г. на заключение Договора о взаимодействии при предоставлении гражданам услуг в сфере обязательного медицинского страхования в МКУ «МФЦ города Дубны», размещенную на сайте в сети Интернет <http://mfc-dubna.ru> (далее – «Публичная оферта»), в соответствии со статьёй 438 Гражданского кодекса Российской Федерации направляем настоящий Ответ для целей акцепта Публичной оферты.

Настоящим Ответом подтверждаем полное и безоговорочное согласие с условиями Публичной оферты, Договора о взаимодействии при предоставлении гражданам услуг в сфере обязательного медицинского страхования, являющегося приложением к Публичной оферте, а также подтверждаем полное соответствие требованиям, предъявляемым к организации, акцептующей Публичную оферту, указанным в Публичной оферте.

Структурное подразделение, для оперативного взаимодействия с МФЦ находится по адресу:  
Ответственный сотрудник: \_\_\_\_\_ *ФИО* \_\_\_\_\_, тел (+7-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_-\_\_).

Приложение:

1. Договор, 2 экземпляра – на \_\_\_\_ страницах;
2. Копия Устава \_\_\_\_\_, заверенная организацией, 1 экземпляр – на \_\_\_\_ страницах;
3. Копия свидетельства о государственной регистрации, заверенная организацией, 1 экземпляр – на \_\_\_\_ страницах;
4. Копия свидетельства о постановке на учет по месту нахождения организации, заверенного организацией, 1 экземпляр – на \_\_\_\_ страницах;
5. Копия решения об избрании лица, имеющего право действовать от имени организации без доверенности, 1 экземпляр – на \_\_\_\_ страницах;
6. Выписка из ЕГРЮЛ, полученная не позднее 5 дней до момента акцепта Оферты, 1 экземпляр – на \_\_\_\_ страницах.
7. Копия лицензии на осуществление страхования в части обязательного медицинского страхования, заверенная организацией, 1 экземпляр – на \_\_\_\_ страницах.

\_\_\_\_\_  
*Должность*

МП \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## Договор о взаимодействии при предоставлении гражданам услуг в сфере обязательного медицинского страхования № \_\_\_\_\_

г. Дубна

Московская область

«\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

**Страховая медицинская организация** \_\_\_\_\_, именуемая в дальнейшем «СМО», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с одной стороны, и **Муниципальное казенное учреждение «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг города Дубны Московской области»**, именуемое в дальнейшем «МФЦ», в лице директора Палькиной Ирины Викторовны, действующего на основании Устава, с другой стороны, именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий Договор о следующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему Договору МФЦ обязуется совершать действия, связанные с организацией выдачи полиса обязательного медицинского страхования (далее – Услуга) в МФЦ, его филиалах и представительствах на территории (наименование муниципального образования) лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, определенным в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – застрахованные лица, заявители).

1.2. Оказание Услуги, указанной в пункте 1.1 настоящего Договора, осуществляется Сторонами с соблюдением требований Федерального закона от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг», Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н (далее - Правила ОМС), иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Московской области, настоящего Договора.

1.3. Услуга по настоящему Договору оказывается на возмездной основе и направлена на осуществление соблюдения прав застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц.

### 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

#### 2.1. МФЦ обязано:

2.1.1. Осуществлять прием заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации (приложение № 1 к настоящему Договору), заявлений о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса (приложение № 2 к настоящему Договору) (далее – заявления), в которых СМО указана как страховая медицинская организация, выбранная застрахованным лицом (или его представителем).

2.1.2. Осуществлять проверку представленных заявителем документов, перечень которых необходим для предоставления Услуги согласно Правилам ОМС.

2.1.3. Регистрировать заявление в Журнале учета приема заявлений застрахованных лиц/

выдачи временных свидетельств (приложение № 3 к настоящему Договору) за подписью застрахованного лица (его представителя).

2.1.4. Осуществлять запрос к Веб-сервису Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области (далее – ТФОМС МО) «Определение страховой принадлежности» для получения информации о наличии факта регистрации в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц и сроке действия полиса обязательного медицинского страхования (временного свидетельства) путем последовательного набора следующих ключей поиска в АИС МФЦ: Фамилия, Имя, Отчество, Дата рождения. Осуществлять прием заявления с учетом полученного ответа от Веб-сервиса ТФОМС МО.

2.1.5. Отказаться в приеме заявления, в случаях, предусмотренных Правилами ОМС, а также не представления застрахованным лицом (или его представителем) документов, перечень которых необходим для предоставления Услуги согласно Правилам ОМС.

2.1.6. Осуществлять ввод данных застрахованных лиц с использованием программно-технического комплекса автоматизированной информационной системы МФЦ, в строгом соответствии с данными, указанными в представленных застрахованным лицом (его представителем) документах.

2.1.7. Осуществлять выдачу:

- временного свидетельства, подтверждающего оформление полиса ОМС и удостоверяющего право на бесплатное оказание застрахованному лицу медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая (далее - временное свидетельство);

- полиса обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) застрахованному лицу или его представителю при предъявлении ими документов, удостоверяющих личность, а в случае необходимости, также документов, подтверждающих полномочия на получение полиса ОМС.

2.1.8. Предоставлять застрахованному лицу памятку застрахованного, с разъяснениями о правах и обязанностях застрахованного лица в сфере обязательного медицинского страхования, той СМО, которую выбрал гражданин.

2.1.9. Регистрировать выданные временные свидетельства в Журнал учета приема заявлений застрахованных лиц/выдачи временных свидетельств (приложение № 3 к настоящему Договору) и выдачу полиса ОМС в Журнале регистрации выдачи полисов обязательного медицинского страхования (приложение 4 к настоящему Договору) за подписью застрахованного лица (его представителя).

2.1.10. Направлять в СМО по защищенному каналу связи данные о новых застрахованных лицах, сведения об изменении данных о ранее застрахованных лицах, информацию о фактах выдачи полисов ОМС на руки застрахованным, полученные в течение рабочего дня, не позднее 9:00 дня, следующего за отчетным, в соответствии с регламентом информационного взаимодействия между МФЦ и СМО при ведении регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц (далее – ОТР-ИВ-МФЦ) (приложение № 14 к настоящему Договору)..

2.1.10.1. На уровне МФЦ города Дубны осуществлять «отправку в ведомство» данных о новых застрахованных лицах, сведений об изменении данных о ранее застрахованных лицах, информацию о фактах выдачи полисов ОМС на руки застрахованным, полученные в течение рабочего дня, строго в день осуществления операции в АИС МФЦ.

2.1.11. Каждый рабочий день формировать сопроводительную опись принятых заявлений (в двух экземплярах) по возрастанию номеров временных свидетельств, указанных в заявлениях, для передачи в СМО ежемесячно до 15-го числа каждого месяца.

2.1.12. При получении от СМО информации об отказе в выдаче заявителю полиса ОМС информировать заявителя (представителя заявителя) в течение 3 рабочих дней.

2.1.13. Возвратить в СМО по описи полисы ОМС, невостребованные заявителями в течение 90 календарных дней с момента окончания срока предоставления услуги, определяемого в соответствии с Правилами ОМС, и Журнал регистрации выдачи полисов обязательного медицинского страхования.

2.1.14. Ежемесячно предоставлять СМО Сводный отчет о количестве принятых заявлений о

выборе (замене) страховой медицинской организации, заявлений о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса, выданных временных свидетельств, полисов обязательного медицинского страхования (приложение 7 к настоящему Договору).

2.1.15. Осуществлять учет и хранение бланков временных свидетельств, полисов ОМС в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации к хранению бланков строгой отчетности.

2.1.16. Предоставлять Услугу собственными силами. Не передавать права и обязанности по настоящему Договору другим лицам без предварительного письменного согласия СМО.

2.1.17. Незамедлительно информировать официальным письмом на электронную почту СМО о невозможности передачи информации, перечисленной в пунктах 2.1.10, 2.1.10.1, 2.1.14, с указанием причин. Самостоятельно принять меры к устранению препятствия.

2.1.18. Обеспечить учет и хранение заявлений и доверенностей представителей застрахованных лиц для дальнейшей передачи их СМО в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

2.1.19. Известить СМО об обстоятельствах, препятствующих исполнению принятых обязательств по настоящему Договору, используя для этих целей любые средства связи (электронную почту, телефонный звонок) незамедлительно, с момента их возникновения.

2.1.20. Передать СМО в течение 3 рабочих дней с момента расторжения настоящего Договора всю документацию и отчетность, предусмотренную настоящим Договором, а также ранее полученные и неиспользованные бланки строгой отчетности по акту приема-передачи и другие документы, полученные в целях исполнения настоящего Договора.

2.1.21. Обеспечить предоставление на основании письменных запросов СМО информации о ходе предоставления услуг в сфере ОМС в МФЦ.

2.1.22. Информировать застрахованных или их уполномоченных представителей о готовности полиса ОМС, или об отказе в изготовлении полиса ОМС к выдаче с использованием средств телефонной, факсимильной, электронной и иных видов связи в течение 3 дней с момента получения от СМО изготовленного полиса ОМС или отсканированную копию отказа.

2.1.23. Руководствоваться при оказании Услуги Инструкцией оператора МФЦ по выдаче полиса обязательного медицинского страхования (приложение 8 к настоящему Договору).

## **2.2. МФЦ вправе:**

2.2.1. Запрашивать у СМО сведения, необходимые для исполнения принятых на себя обязательств по настоящему Договору, в том числе при необходимости обращаться за разъяснениями в СМО с использованием средств телефонной, факсимильной, электронной и иных видов связи в соответствии с настоящим Договором.

2.2.2. Выступать инициатором проведения рабочих встреч по обучению сотрудников МФЦ в рамках предоставления услуг в сфере ОМС.

## **2.3. СМО обязано:**

2.3.1. Проводить обучение сотрудников МФЦ.

2.3.2. Направлять в МФЦ отказ в выдаче заявителю полиса ОМС в форме Приложения №5 на бланке СМО. В течение 3-х рабочих дней со дня получения информации от ТФОМС МО об отсутствии у заявителя права на получение полиса ОМС, СМО обязана направить в МФЦ сканированную копию Отказа в выдаче полиса по адресу электронной почты МФЦ, указанной в Приложении №2 к ОТР-ИВ-МФЦ.

2.3.3. Предоставлять МФЦ экземпляры памяток для лиц, застрахованных по ОМС, с разъяснениями о правах и обязанностях в сфере обязательного медицинского страхования для вручения заявителю (представителю заявителя) при получении им полиса ОМС.

2.3.4. Своевременно направлять уполномоченного представителя в МФЦ для получения документов, принятых МФЦ от заявителей для предоставления Услуги в целях исполнения настоящего Договора.

2.3.5. Своевременно и в полном объеме обеспечить МФЦ всеми документами, необходимыми для информирования о системе ОМС, передав их по акту приема-передачи (приложение № 9 к настоящему Договору), бланками временных свидетельств, изготовленными

полисами ОМС, памятками для застрахованных лиц, Журналами регистрации выдачи полисов обязательного медицинского страхования. Неисполнение МФЦ обязанности по выдаче заявителю указанных бланков и документов по причине непредставления или несвоевременного предоставления СМО не может считаться ненадлежащим исполнением МФЦ обязательств по настоящему Договору.

Представлять в МФЦ новую редакцию документа, необходимого для информирования о системе ОМС, при внесении в него изменений в течение десяти рабочих дней с момента таких изменений. Моментом внесения изменений в нормативный правовой акт, предоставляемый в рамках исполнения СМО данного пункта договора, является дата вступления в силу соответствующих изменений.

2.3.6. Оказывать содействие МФЦ в надлежащем исполнении принятых на себя обязательств по настоящему Договору путем консультирования сотрудниками СМО, список которых является приложением 10 к настоящему Договору, по телефону уполномоченных оказывать услугу лиц МФЦ, список которых является приложением 11 к настоящему Договору, оперативно представлять необходимые разъяснения специалисту МФЦ.

2.3.7. Разъяснять МФЦ применение правил и условий обязательного медицинского страхования по вопросам предоставления Услуги.

2.3.8. Своевременно сообщать МФЦ об изменениях в Правилах ОМС и условиях обязательного медицинского страхования.

2.3.9. Принимать отчеты МФЦ под роспись. Отчеты принимаются уполномоченными лицами СМО (приложение 10 к настоящему Договору).

2.3.10. Передавать в МФЦ одновременно с полисами ОМС Журнал регистрации выдачи полисов обязательного медицинского страхования (4 к настоящему Договору).

#### **2.4. СМО имеет право:**

2.4.1. Проверять соответствие предоставляемых МФЦ услуг в сфере ОМС требованиями, установленным действующими нормативными правовыми актами в системе ОМС в рамках действия настоящего Договора, не вмешиваясь в деятельность МФЦ.

2.4.2. Выступать инициатором проведения рабочих встреч по обучению сотрудников МФЦ в рамках оказания услуг в сфере ОМС.

2.4.3. Получать от МФЦ информацию о ходе исполнения обязательств, принятых по настоящему Договору в отношении застрахованных лиц, выбравших соответствующую СМО, а также подтверждающую такую информацию документы в порядке и сроки, определенные настоящим Договором, а также по запросам СМО в течение одного рабочего дня после получения МФЦ соответствующего запроса в случаях, когда соответствующая информация требуется СМО для ответа заявителю, предоставления в органы государственного контроля и надзора, правоохранительные и судебные органы или в иных случаях, когда действующим законодательством Российской Федерации на СМО возложена обязанность по предоставлению такой информации.

2.4.4. Требовать от МФЦ возмещения ущерба, причиненного в связи с привлечением СМО к ответственности за нарушения требований законодательства Российской Федерации, если таковые не были выполнены СМО в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением МФЦ обязательств, принятых по настоящему Договору.

### **3. ПОРЯДОК ПЕРЕДАЧИ, УЧЕТА И ВОЗВРАТА ДОКУМЕНТОВ**

3.1. Передача СМО в МФЦ бланков временных свидетельств, изготовленных полисов ОМС осуществляется на основании акта приема-передачи (Приложение № 12 к настоящему Договору).

3.2. Бланки временных свидетельств передаются в МФЦ в строгом соответствии с номерами временных свидетельств и с оттиском печати СМО.

3.3. Изготовленные полисы ОМС СМО доставляет в МФЦ в строгом соответствии с номерами полисов ОМС и с оттиском печати СМО.

3.4. Учет и хранение МФЦ бланков временных свидетельств, полисов ОМС осуществляется

как хранение бланков строгой отчетности.

3.5. Возврат не востребовавшихся полисов ОМС и Журнала регистрации выдачи полисов обязательного медицинского страхования в СМО МФЦ осуществляет в течение 90 календарных дней с момента поступления в МФЦ полисов ОМС, но не реже одного раза в квартал на основании акта приема-передачи (Приложение № 13 к настоящему Договору).

3.6. Возврат МФЦ в СМО на основании акта приема-передачи (Приложение № 13 к настоящему Договору):

- испорченных бланков временных свидетельств осуществляется ежемесячно до 15 числа;
- нереализованных бланков временных свидетельств осуществляется в случае необходимости по инициативе одной из Сторон.

3.7. МФЦ выдает бланки временных свидетельств и полисов ОМС под роспись своему сотруднику (сотрудникам), на которых в установленном порядке возложена обязанность принимать указанные документы, и с которым у МФЦ заключен трудовой договор.

3.8. В случае утраты (порчи) бланков полисов ОМС, утраты временных свидетельств, МФЦ в течение 24 часов с момента утраты (порчи) письменно сообщает СМО номера утраченных (испорченных) бланков и причины утраты (порчи).

3.9. Передача заполненных застрахованными лицами бланков заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации, заявлений о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса осуществляется МФЦ ежемесячно до 15 числа, по сопроводительной описи, которая оформляется в двух экземплярах (по одному для каждой из сторон) и подписывается уполномоченным сотрудником МФЦ, передающим документы, и уполномоченным сотрудником СМО, принимающим документы.

#### **4. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

4.1. Расчеты по настоящему Договору осуществляются ежемесячно в безналичной форме.

4.2. Размер вознаграждения МФЦ составляет 50 (пятьдесят) рублей за каждое правильно (надлежащим образом) оформленное в соответствии с законодательством Российской Федерации заявление согласно пункту 2.1.1 настоящего Договора, прошедшее ФЛК ТФОМС МО, с подтверждением записью в Журнале учета приема заявлений застрахованных лиц/выдачи временных свидетельств (приложение № 3 к настоящему Договору) за подписью застрахованного лица (его представителя) при условии, что по заявке не получен отказ ТФОМС МО.

Переданные МФЦ в СМО ненадлежащим (заявления, повлекшие применения штрафных санкций) образом оформленные заявления оплате не подлежат.

4.3. МФЦ предоставляет в СМО до 5-го числа месяца, следующего за расчетным месяцем, Акт приема-сдачи услуг (Приложение № 6), счет, счет-фактуру (при наличии) и Сводный отчет, предусмотренный пунктом 2.1.14 настоящего Договора.

4.4. СМО в течение 5-ти рабочих дней с момента получения указанного отчета подписывает его, либо составляет мотивированный отказ от его подписания и передает Акт приема-сдачи услуг, Сводный отчет или мотивированный отказ от подписания Сводного отчета ответственному представителю МФЦ под роспись.

4.5. В случае не направления или направления с нарушением установленных сроков в МФЦ подписанного Сводного отчета или мотивированных возражений о его подписании, Сводный отчет считается принятым СМО.

4.6. СМО оплачивает выставленный МФЦ счет в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня подписания Акта приема-сдачи услуг и Сводного отчета.

4.7. Вознаграждение МФЦ НДС не облагается в соответствии с пп.4.1. п.2 ст.146 НК РФ.

#### **5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует по 31 декабря 2017 года.



5.2. В случае если ни одна из Сторон в течение тридцати календарных дней до его окончания официально в письменной форме не уведомила другую Сторону о прекращении, настоящий договор считается пролонгированным на тех же условиях на следующий календарный год. Число пролонгаций не ограничено.

5.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору совершаются в письменной форме и вступают в силу с момента подписания обеими Сторонами.

5.4. Настоящий Договор может быть расторгнут досрочно по инициативе любой из Сторон.

5.5. Сторона, являющаяся инициатором расторжения настоящего Договора, не позднее чем за 30 (тридцать) дней до даты расторжения Договора, направляет письменное уведомление другой Стороне о предполагаемой дате расторжения настоящего Договора.

5.6. Договор считается расторгнутым с даты, указанной в уведомлении о расторжении настоящего Договора.

5.7. Существенные изменения в Правила ОМС являются основанием для изменения условий настоящего Договора путем заключения Дополнительного соглашения к настоящему Договору.

## **6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, если докажут, такое неисполнение произошло вследствие наступления обстоятельств непреодолимой силы, либо по вине другой Стороны.

6.3. Каждая из Сторон несет ответственность за свои действия или бездействие перед третьими лицами.

6.4. В случае применения к СМО штрафных санкций за нарушения порядка выдачи полиса ОМС, предусмотренного статьей 46 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», за нарушение сроков представления данных о застрахованном лице и сведений об их изменении, за внесение в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц записей, содержащих недостоверные сведения, в случае, если эти нарушения были допущены в результате действия или бездействия МФЦ, МФЦ выплачивает СМО штраф в размере примененных к СМО штрафных санкций.

6.5. Каждая из Сторон несет ответственность за достоверность сведений, переданных другой Стороне. В случае если Сторона действовала в соответствии с недостоверной информацией, полученной от другой Стороны, все неблагоприятные последствия таких действий возлагаются на Сторону, предоставившую недостоверную информацию.

## **7. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН ПО ИНФОРМАЦИОННОМУ ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ**

7.1. Стороны обязуются, в качестве оператора персональных данных, выполнять требования, предъявляемые законодательством Российской Федерации и другими нормативными правовыми актами в данной сфере.

7.2. Стороны при обработке персональных данных обязуются принимать необходимые правовые, организационные и технические меры или обеспечивать их принятие для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных.

7.3. Стороны, получившие доступ к персональным данным, обязуются не раскрывать третьим лицам и не распространять персональные данные без согласия субъекта персональных данных, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

7.4. Обработка персональных данных в МФЦ осуществляется на основании Согласия заявителя на обработку персональных данных и должна ограничиваться достижением конкретных,

заранее определенных и законных целей. Содержание и объем обрабатываемых персональных данных операторами МФЦ должны соответствовать заявленным целям обработки.

7.5. МФЦ определяет приказом список работников, допущенных к работе с персональными данными заявителей, и обеспечивает конфиденциальность информации в соответствии с установленными законодательством Российской Федерации требованиями по защите персональных данных.

7.6. При обработке персональных данных МФЦ и СМО обеспечивают:

- проведение мероприятий, направленных на предотвращение несанкционированного доступа к персональным данным и (или) передачи их лицам, не имеющим права доступа к такой информации;
- своевременное обнаружение фактов несанкционированного доступа к персональным данным и их обработку;
- недопущение воздействия на технические средства автоматизированной обработки персональных данных, в результате которого может быть нарушено их функционирование;
- незамедлительное восстановление персональных данных, модифицированных или уничтоженных вследствие их несанкционированной обработки;
- осуществление контроля за обеспечением уровня защищенности персональных данных.

7.7. МФЦ и СМО проводят мероприятия по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах, включающие в себя:

- определение угроз безопасности персональных данных при их обработке, формирование на их основе модели угроз;
- разработку на основе модели угроз системы защиты персональных данных, обеспечивающей нейтрализацию предполагаемых угроз с использованием методов и способов защиты персональных данных, предусмотренных для соответствующего класса информационных систем;
- проверку готовности средств защиты информации к использованию с составлением заключений о возможности их эксплуатации;
- установку и ввод в эксплуатацию средств защиты информации в соответствии с эксплуатационной и технической документацией;
- обучение лиц, использующих средства защиты информации, применяемые в информационных системах, правилам работы с ними;
- учет применяемых средств защиты информации, эксплуатационной и технической документации к ним, носителей персональных данных;
- учет лиц, допущенных к работе с персональными данными в информационной системе;
- контроль за соблюдением условий использования средств защиты информации, предусмотренных эксплуатационной и технической документацией;
- разбирательство и составление заключений по фактам несоблюдения условий хранения носителей персональных данных, использования средств защиты информации, которые могут привести к нарушению конфиденциальности персональных данных или другим нарушениям, приводящим к снижению уровня защищенности персональных данных;
- разработка и принятие мер по предотвращению возможных опасных последствий подобных нарушений;
- описание системы защиты персональных данных.

## **8. ИНЫЕ УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

8.1. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются нормами действующего законодательства Российской Федерации.

8.2. В случае возникновения споров, требований и (или) разногласий по вопросам, предусмотренным Договором или в связи с ним, Стороны обязуются предпринять все возможные и

разумные меры для урегулирования их путем переговоров, соблюдение претензионного (досудебного) порядка рассмотрения спора является обязательным для Сторон. Срок рассмотрения претензии составляет 20 (двадцать) календарных дней с момента получения претензии.

8.3. При невозможности разрешения споров путем переговоров, стороны передают их на рассмотрение в Арбитражный суд Московской области.

## 9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1. Договор подписан уполномоченными представителями Сторон и скреплен печатями Сторон в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

9.2. Стороны в течение 3 (трех) рабочих дней обязаны уведомлять друг друга в письменной форме об изменениях своих реквизитов: юридического статуса, юридического и/или почтового адреса, банковских реквизитов, номеров телефонов, факсов.

9.3. При окончании срока действия (расторжения) настоящего Договора Стороны проводят сверку расчетов, переданных документов строгой отчетности за последний отчетный период.

9.4. Договор составлен в 2 (Двух) экземплярах – по одному для каждой из Сторон.

9.5. Следующие приложения к настоящему Договору являются его неотъемлемой частью:

приложение 1 – Заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации;

приложение 2 – Заявление о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса;

приложение 3 – Журнал учета приема заявлений застрахованных лиц/ выдачи временных свидетельств;

приложение 4 – Журнал регистрации выдачи полисов обязательного медицинского страхования;

приложение 5 – Форма отказа в предоставлении услуги по выдаче полиса ОМС;

приложение 6 – Акт приема-передачи услуг;

приложение 7 – Сводный отчет о количестве принятых заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации, заявлений о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса, выданных временных свидетельств, полисов обязательного медицинского страхования;

приложение 8 – Инструкция оператора МФЦ по выдаче полиса обязательного медицинского страхования;

приложение 9 – Акт приема-передачи документов, необходимых для информирования о системе ОМС;

приложение 10 – Список уполномоченных лиц СМО;

приложение 11 – Список уполномоченных лиц МФЦ;

приложение 12 – Акт приема-передачи бланков временных свидетельств и изготовленных полисов ОМС, журнала регистрации выдачи полисов обязательного медицинского страхования;

приложение 13 – Акт приема-передачи нереализованных и испорченных бланков временных свидетельств, невостребованных полисов ОМС, журнала регистрации выдачи полисов обязательного медицинского страхования;

приложение 14 – Регламент информационного взаимодействия между МФЦ и СМО при ведении регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц.

## 10. ПОДПИСИ СТОРОН

**СМО:**

Реквизиты СМО

ФИО \_\_\_\_\_

**МФЦ:**

**Муниципальное казенное учреждение  
«Многофункциональный центр  
предоставления государственных и  
муниципальных услуг города Дубны  
Московской области» (МКУ «МФЦ**

Дата

МП

города Дубны»)»

**ИНН/КПП 5010022080/501001001**

**Адрес юридический:** 141980,

Московская область, г. Дубна,

ул. Академика Балдина, дом 2

**Банковские реквизиты:** УФК по  
Московской области (Комитет по  
финансам и экономике Администрации  
г. Дубны Московской области)

ИНН 5010039285, КПП 501001001

р/сч 40101810845250010102

Банк: ГУ банка России по ЦФО

БИК 04452000

КБК 00211301994040000130

ОКТМО 46718000

Тел.: 8 (496)215-07-17

**Директор**

\_\_\_\_\_/И.В. Палькина /  
М.П.

Приложение 1 к Договору  
от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

В \_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации (филиала),  
иной организации)  
от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
о выборе (замене) страховой медицинской организации <sup>1</sup>

Прошу зарегистрировать меня (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, в страховой медицинской организации \_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации)

в связи с (нужное отметить знаком “V”):

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1) выбором страховой медицинской организации;  |
| <input type="checkbox"/> | 2) заменой страховой медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года;                                      |
| <input type="checkbox"/> | 3) заменой страховой медицинской организации в связи со сменой места жительства;   |
| <input type="checkbox"/> | 4) заменой страховой медицинской организации в связи с прекращением действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. |

и выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации” полис обязательного медицинского страхования (нужное отметить знаком “V”):

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1) в форме бумажного бланка;                             |
| <input type="checkbox"/> | 2) в форме пластиковой карты с электронным носителем;    |
| <input type="checkbox"/> | 3) в составе универсальной электронной карты гражданина; |
| <input type="checkbox"/> | 4) отказ от получения полиса.                            |

Номер полиса <sup>2</sup>:  Отсутствует <sup>3</sup>

<sup>1</sup> При заполнении заявления исправления не допускаются.  
<sup>2</sup> Заполняется с ранее полученного полиса обязательного медицинского страхования единого образца.  
<sup>3</sup> Отмечается знаком “V”, если полис обязательного медицинского страхования единого образца гражданину ранее не выдавался.

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен.

(подпись застрахованного лица или его представителя)

## 1. Сведения о застрахованном лице

1.1. Фамилия \_\_\_\_\_

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность<sup>4</sup>)

1.2. Имя \_\_\_\_\_

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.3. Отчество (при наличии)<sup>5</sup> \_\_\_\_\_

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.4. Пол: муж.  жен.  (нужное отметить знаком “V”)

1.5. Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком “V”):

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1) работающий гражданин Российской Федерации;  |
| <input type="checkbox"/> | 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;  |
| <input type="checkbox"/> | 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;   |
| <input type="checkbox"/> | 4) работающее лицо без гражданства;  |
| <input type="checkbox"/> | 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом “О беженцах”;   |
| <input type="checkbox"/> | 6) неработающий гражданин Российской Федерации;  |
| <input type="checkbox"/> | 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;  |
| <input type="checkbox"/> | 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;   |
| <input type="checkbox"/> | 9) неработающее лицо без гражданства;  |
| <input type="checkbox"/> | 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом “О беженцах”.  |
| <input type="checkbox"/> | 11) временно пребывающий на территории Российской Федерации в соответствии с договором о Евразийском экономическом союзе, подписанным в г. Астане 29 мая 2014 г. (далее – договор о ЕАЭС) трудящийся иностранный гражданин государств – членов ЕАЭС; |
| <input type="checkbox"/> | 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее Комиссия);   |
| <input type="checkbox"/> | 13) должностное лицо Комиссии;   |
| <input type="checkbox"/> | 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации.   |

<sup>4</sup> Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

<sup>5</sup> При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

Не являюсь высококвалифицированным специалистом и членом семьи высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 года № 115-ФЗ “О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации” и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом <sup>6</sup>

\_\_\_\_\_ (подпись застрахованного лица или его представителя)

1.6. Дата рождения: \_\_\_\_\_ (число, месяц, год)

1.7. Место рождения: \_\_\_\_\_ (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.8. Вид документа, удостоверяющего личность, или паспорт иностранного гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина

1.9. Серия \_\_\_\_\_ 1.9. Номер \_\_\_\_\_

1.10. Дата выдачи \_\_\_\_\_

1.11. Гражданство: \_\_\_\_\_ (название государства; лицо без гражданства)

1.12. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации <sup>7</sup>:

а) почтовый индекс 

--	--	--	--	--	--	--

б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_ (республика, край, область, округ)

в) район \_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_

д) населенный пункт \_\_\_\_\_ (село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.) \_\_\_\_\_

ж) № дома (владения) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира \_\_\_\_\_

к) дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_

лицо без определенного места жительства <sup>8</sup>

1.13. Адрес места пребывания <sup>9</sup> (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):

а) почтовый индекс 

--	--	--	--	--	--	--

б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_ (республика, край, область, округ)

в) район \_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_

д) населенный пункт \_\_\_\_\_ (село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.) \_\_\_\_\_

ж) № дома (владение) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира \_\_\_\_\_

<sup>6</sup> Поле, обязательное для заполнения.

<sup>7</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

<sup>8</sup> Отмечается знаком “V”.

<sup>9</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

1.14. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации <sup>10</sup>:

а) вид документа \_\_\_\_\_

б) серия \_\_\_\_\_ в) номер \_\_\_\_\_

г) кем и когда выдан \_\_\_\_\_

1.15. Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (временного проживания) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства): с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.16. Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государством – члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия

1.17. Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации

1.18. Категория застрахованного лица в соответствии с положениями договора о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств – членов ЕАЭС на обязательное медицинское страхование

1.19. Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания

1.20. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)

1.21. Контактная информация:

1.21.1. Телефон (с кодом): домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

1.21.2. Адрес электронной почты \_\_\_\_\_ .

## 2. Сведения о представителе застрахованного лица <sup>11</sup>

2.1. Фамилия \_\_\_\_\_

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.2. Имя \_\_\_\_\_

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.3. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.4. Отношение к

застрахованному лицу, сведения о котором мать  отец  иное  (нужное отметить знаком “V”)

указаны в заявлении:

2.5. Вид документа, удостоверяющего личность или паспорт иностранного гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в

<sup>10</sup> Для лиц, указанных в частях 3, 5, 6 и 7 пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования.

<sup>11</sup> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.



качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина

2.6. Серия \_\_\_\_\_ 2.7. Номер \_\_\_\_\_

2.8. Дата выдачи \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

2.9. Контактный телефон: код \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

2.10. Гражданам Российской Федерации полис выдается без ограничения срока действия.

2.11. Постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года.

2.12. Лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом “О беженцах”, выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока пребывания, установленного в документах, указанных в подпункте 3 пункта 9 Правил.

2.13. Временно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия разрешения на временное проживание.

2.14. Временно пребывающим в Российской Федерации трудящимся государств – членов ЕАЭС выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия трудового договора, заключенного с трудящимся государством – членом ЕАЭС.

2.15. Временно пребывающим в Российской Федерации иностранным гражданам, относящимся к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока исполнения ими соответствующих полномочий.

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

\_\_\_\_\_  
Подпись застрахованного  
лица/его представителя <sup>12</sup>

\_\_\_\_\_  
Расшифровка подписи

Дата: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Заявление принял:

\_\_\_\_\_  
(подпись представителя страховой  
медицинской организации (филиала))

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Выдано временное свидетельство № \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

М.П.

\_\_\_\_\_  
Подпись застрахованного лица/  
его представителя <sup>13</sup>

\_\_\_\_\_  
Расшифровка подписи

<sup>12</sup> Нужно подчеркнуть.

<sup>13</sup> Нужно подчеркнуть.

В \_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации  
(филиала))

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса <sup>14</sup>

Прошу выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации” (нужное отметить знаком "V"):

<input type="checkbox"/>	1) переоформленный полис обязательного медицинского страхования;	<input type="checkbox"/>	1) в форме бумажного бланка;
<input type="checkbox"/>	2) дубликат полиса обязательного медицинского страхования	<input type="checkbox"/>	2) в форме пластиковой карты с электронным носителем;
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	3) в составе универсальной электронной карты гражданина

в связи с (нужное отметить знаком "V"):

<input type="checkbox"/>	1) изменением фамилии, имени, отчества (при наличии), пола, даты или места рождения, места жительства;
<input type="checkbox"/>	2) установлением неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе;
<input type="checkbox"/>	3) ветхостью и непригодностью полиса;
<input type="checkbox"/>	4) утратой ранее выданного полиса;
<input type="checkbox"/>	5) окончанием срока действия полиса <sup>15</sup> .

### 1. Сведения о застрахованном лице

1.1.  Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации <sup>16</sup>

1.2. Фамилия \_\_\_\_\_

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность <sup>17</sup>)

1.3. Имя \_\_\_\_\_

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

<sup>14</sup> Исправления не допускаются.

<sup>15</sup> Для лиц, указанных в пунктах 32 и 33 Правил обязательного медицинского страхования.

<sup>16</sup> В случае совпадения отметить знаком "V". При выборе этого элемента пункты 1.2 – 1.18 не заполняются.

<sup>17</sup> Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

1.4. Отчество (при наличии)<sup>18</sup> \_\_\_\_\_

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.5. Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком “V”):

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1) работающий гражданин Российской Федерации;   |
| <input type="checkbox"/> | 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;                             |
| <input type="checkbox"/> | 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;                              |
| <input type="checkbox"/> | 4) работающее лицо без гражданства;   |
| <input type="checkbox"/> | 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом “О беженцах”;    |
| <input type="checkbox"/> | 6) неработающий гражданин Российской Федерации;   |
| <input type="checkbox"/> | 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;                           |
| <input type="checkbox"/> | 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;                            |
| <input type="checkbox"/> | 9) неработающее лицо без гражданства;   |
| <input type="checkbox"/> | 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом “О беженцах”. |

Не являюсь высококвалифицированным специалистом и членом семьи высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 года № 115-ФЗ “О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации” и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом<sup>19</sup>

\_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.6. Пол: муж.  жен.  (нужное отметить знаком “V”)

1.7. Дата рождения: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

1.8. Место рождения: \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.9. Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

1.10. Серия \_\_\_\_\_ 1.10. Номер \_\_\_\_\_

1.11. Дата выдачи \_\_\_\_\_

1.12. Гражданство: \_\_\_\_\_  
(название государства; лицо без гражданства)

<sup>18</sup> При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

<sup>19</sup> Поле, обязательное для заполнения.

1.13. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации<sup>20</sup>:

а) почтовый индекс

б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
(республика, край, область, округ)

в) район \_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_

д) населенный пункт \_\_\_\_\_  
(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.) \_\_\_\_\_

ж) № дома (владения) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира \_\_\_\_\_

к) дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_

лицо без определенного места жительства<sup>21</sup>

1.14. Адрес места пребывания<sup>22</sup> (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):

а) почтовый индекс

б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
(республика, край, область, округ)

в) район \_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_

д) населенный пункт \_\_\_\_\_  
(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.) \_\_\_\_\_

ж) № дома (владение) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира \_\_\_\_\_

1.15. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации<sup>23</sup>:

а) вид документа \_\_\_\_\_

б) серия \_\_\_\_\_ в) номер \_\_\_\_\_

г) кем и когда выдан \_\_\_\_\_

1.16. Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (временного проживания) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства): с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.17. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)

\_\_\_\_\_  
(при наличии)

1.18. Контактная информация:

1.18.1. Телефон (с кодом): домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

1.18.2. Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

2. Сведения о застрахованном лице до изменения или исправления анкетных

<sup>20</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

<sup>21</sup> Отмечается знаком "V".

<sup>22</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

<sup>23</sup> Для лиц, указанных в частях 3, 5, 6 и 7 пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования.

данных <sup>24</sup>

2.1. Фамилия \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)

2.2. Имя \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)

2.3. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)

2.4. Пол: муж.  жен.  (нужное отметить знаком "V")

2.5. Дата рождения: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

2.6. Место рождения: \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)

3. Сведения о представителе застрахованного лица <sup>25</sup>

3.1.  Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене)  
страховой медицинской организации <sup>26</sup>.

3.2. Фамилия \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

3.3. Имя \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

3.4. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе,  
удостоверяющем личность)

3.5. Отношение к  
застрахованному лицу, сведения о котором  
указаны в заявлении: мать  отец  иное  (нужное отметить знаком  
"V")

3.6. Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

3.7. Серия \_\_\_\_\_ 3.8. Номер \_\_\_\_\_

3.9. Дата выдачи \_\_\_\_\_

3.10. Контактный телефон: код \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.

\_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного  
лица/его представителя<sup>27</sup>)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Дата: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Заявление принял: \_\_\_\_\_  
(подпись представителя  
страховой медицинской

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

<sup>24</sup> Указываются в случае замены полиса вследствие изменения, неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.

<sup>25</sup> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

<sup>26</sup> В случае совпадения отметить знаком "V". При выборе этого элемента пункты 3.2 – 3.10 не заполняются.

<sup>27</sup> Нужно подчеркнуть.

организации (филиала)

Дата: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

М.П.

Выдано временное свидетельство № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного лица/  
его представителя<sup>28</sup>)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

---

<sup>28</sup> Нужно подчеркнуть.

Журнал учета приема заявлений застрахованных лиц / выдачи временных свидетельств

№ п/п	Ф. И. О. застрахованного лица	Дата рождения застрахованного лица	Ф. И.О. представителя застрахованного лица (при подаче заявления представителем застрахованного лица)	Реквизиты доверенности (при подаче заявления представителем застрахованного лица)	Дата приема заявления / выдачи временного свидетельства	Номер временного свидетельства	Подпись застрахованного лица о получении временного свидетельства и Памятки	Подпись застрахованного лица о согласии на информирование по ОМС

ЖУРНАЛ  
регистрации выдачи полисов обязательного медицинского страхования  
с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Наименование муниципального образования Московской области \_\_\_\_\_

Наименование страховой медицинской организации \_\_\_\_\_

№ п/п	Фамилия И.О. застрахованного лица	Единый номер полиса ОМС	Серия, номер бланка полиса ОМС	Получение полиса ОМС и информации в соответствии с п. 65 Правил ОМС, в т.ч. памятки		
				Дата	Подпись	Фамилия И.О., дата доверенности для представителя
1	2	3	4	5	6	7



## Отказ в предоставлении услуги по выдаче полиса ОМС

Кому \_\_\_\_\_

Куда \_\_\_\_\_

УВАЖАЕМЫЙ(-АЯ) \_\_\_\_\_!

В связи с принятым от Вас заявлением о выборе (замене) страховой  
медицинской организации от «\_\_» \_\_\_\_\_ Г.,

\_\_\_\_\_  
(Название СМО)

уведомляет о полученном в наш адрес из Территориального фонда  
обязательного медицинского страхования Московской области отказе в  
изготовлении Вам полиса обязательного медицинского страхования, так как у  
Вас выявлен действующий полис обязательного медицинского страхования  
единого образца, изготовленный ранее:

\_\_\_\_\_  
*(наименование СМО и субъект РФ, где был выдан полис ОМС)*

Для более подробной информации Вы можете обратиться в нашу  
Компанию: \_\_\_\_\_

Телефоны для справок и консультаций \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

**Режим работы:**

\_\_\_\_\_

Адрес Компании в сети Интернет: \_\_\_\_\_

Представитель МФЦ \_\_\_\_\_

АКТ  
приема-сдачи услуг

по договору возмездного оказания услуг № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_  
г.  
за период с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Расчетная стоимость оказанных услуг составляет:

№ п/п	ФИО гражданина, обратившегося в АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» с заявлением о выборе (замене) СМО	Дата рождения	Способ обращения (указать лично или через представителя)	Контактный номер телефона гражданина (или его представителя)
Адрес оказания услуг Стороны 2 (субъект, город, улица, дом)				
1				
2				
3				
4				
...				
Итого эффективных контактов:				

ИТОГО эффективных контактов \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ ) чел.

Стоимость 1 эффективного контакта \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
руб. 00 коп., включая НДС.

ИТОГО сумма к оплате \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
руб. 00 коп., включая НДС.

Сторона 1 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
М.П. (подпись) (расшифровка подписи)

Сторона 2 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
М.П. (подпись) (расшифровка подписи)

Сводный отчет о количестве принятых заявлений о выборе (замене)  
страховой медицинской организации, заявлений о выдаче дубликата полиса  
или переоформлении полиса, выданных временных свидетельств, полисов  
обязательного медицинского страхования  
за \_\_\_\_\_ 201\_ года  
(отчетный месяц)

\_\_\_\_\_ (наименование МФЦ)

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Принято заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации	
Принято заявлений о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса	
Выдано временных свидетельств, подтверждающих оформление полиса ОМС	
Выдано полисов ОМС	

По состоянию на \_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_ (наименование МФЦ)

Остаток временных свидетельств составляет	
Остаток полисов ОМС составляет	

Приложение: опись заявлений

(наименование МФЦ)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
М.П. (Ф.И.О.)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.

(название СМО)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
М.П. (Ф.И.О.)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.

## Инструкция оператора МФЦ по выдаче полиса обязательного медицинского страхования

### 1. Действия МФЦ при обращении Заявителя (представителя Заявителя) за предоставлением услуги по выдаче полиса ОМС

1.1. При обращении Заявителя (представителя Заявителя) в МФЦ за предоставлением услуги по выдаче полиса ОМС (далее – Услуга) специалист МФЦ доводит до сведения Заявителя (представителя Заявителя) информацию о том, что получение полиса ОМС производится только в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, а также о порядке выдачи полиса ОМС, в том числе предоставляет полный список СМО, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по Московской областной программе обязательного медицинского страхования.

Специалист МФЦ информирует Заявителя (представителя Заявителя) о возможности оформления полиса ОМС в форме пластиковой карты с электронным носителем (далее – электронный полис ОМС). В случае согласия Заявителя и наличия технической возможности специалист МФЦ выполняет действия из п.1.2.1.

Специалисту МФЦ запрещено давать советы либо совершать иные действия, влияющие на выбор заявителя СМО.

1.2. Специалист МФЦ в АИС МФЦ заполняет заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации или заявление о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса (далее – заявления) по представленным от Заявителя (представителя Заявителя) документам, распечатывает его и представляет Заявителю (представителю Заявителя) на проверку и подпись, после чего регистрирует заявление.

*(Заявление должно быть подписано Заявителем, либо лицом, уполномоченным на совершение данных действий. Заявление не должно содержать сведений, не предусмотренных установленной формой, а также исправлений, подчисток, зачеркнутых слов, повреждений, не позволяющих однозначно истолковывать его содержание. Использование корректирующих средств для исправлений в заявлении не допускается).*

В случае не предоставления Заявителем (представителем Заявителя) обязательных документов сотрудник МФЦ имеет право отказать в приеме заявления с указанием причин для отказа.

1.2.1. В случае согласия Заявителя на оформления электронного полиса ОМС специалист МФЦ фотографирует Заявителя (только для лиц старше 14 лет) и получает собственноручную подпись заявителя в электронном виде.

1.3. После заполнения и подписания заявления специалист МФЦ выдает

Заявителю (представителю Заявителя) временное свидетельство\*, информирует о сроке его действия (не более 30 рабочих дней) и необходимости получения полиса ОМС.

*\*При оформлении бланка временного свидетельства специалист МФЦ принимает от Заявителя (представителя Заявителя) представленные документы и осуществляет запрос к Веб-сервису ТФОМС МО «Определение страховой принадлежности» для получения информации о наличии факта регистрации в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц (далее – РС ЕРЗ) и сроке действия полиса ОМС (временного свидетельства) путем последовательного набора следующих ключей поиска в АИС МФЦ:*

- *Фамилия, Имя, Отчество, Дата рождения.*

*Специалист МФЦ заполняет все графы электронной формы заявления в точном соответствии с документами Заявителя.*

*Поля «работаю» или «не работаю» заполняются со слов Заявителя (представителя Заявителя).*

*После заполнения всех полей электронной формы специалист МФЦ:*

- *выбирает бланк временного свидетельства СМО, указанной в заявлении о выборе (замене) СМО, заявлении о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса;*
  - *вводит номер бланка временного свидетельства в электронную форму заявления. Распечатывает заявление о выборе (замене) СМО, заявление о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса;*
  - *передает Заявителю (представителя Заявителя) заявление для проверки сведений;*
  - *выдает Памятку застрахованному лицу к временному свидетельству той СМО, которую выбрал гражданин;*
  - *вносит сведения о СМО и Заявителе в бланк временного свидетельства, в том числе посредством печати (распечатывание на принтере);*
  - *подписывает и ставит штамп на заявлении;*
  - *подписывает бланк временного свидетельства;*
  - *заполняет от руки Журнал учета приема заявлений застрахованных лиц/выдачи временных свидетельств;*
- После оформления всех документов специалист МФЦ передает Заявителю (представителя Заявителя) на подпись:*
- *Заявление;*
  - *Временное свидетельство;*
  - *Журнал учета приема заявлений застрахованных лиц/выдачи временных свидетельств.*

*После получения от Заявителя (представителя Заявителя) подписей специалист МФЦ выдает Заявителю (представителя Заявителя) заполненный бланк временного свидетельства, расписку с перечнем принятых от Заявителя (представителя Заявителя) документов, датой приемки заявления, а также датой получения результата, информирует Заявителя*

*(представителя Заявителя) о необходимости получения полиса ОМС в МФЦ в срок, не превышающий срока действия временного свидетельства (30 рабочих дней со дня выдачи временного свидетельства), а также о том, что полисы ОМС, невостребованные в течение 90 календарных дней с момента окончания срока предоставления услуги, Заявители могут получить в СМО.*

## 2. Действия МФЦ по выдаче Заявителю (представителю Заявителя) результата оказанной услуги по выдаче полиса ОМС

2.1. При получении от СМО информации об отказе в выдаче Заявителю полиса ОМС МФЦ информирует Заявителя (представителя Заявителя) в течение 3-х рабочих дней;

2.2. Выдача результата оказания Услуги осуществляется на основании документа удостоверяющего личность Заявителя, либо доверенности, выданной Заявителем уполномоченному лицу, и документа, удостоверяющего личность уполномоченного лица. Заявителю (представителю Заявителя) выдается результат оказания Услуги под роспись в Журнале регистрации выдачи полисов обязательного медицинского страхования, с указанием даты получения, а также информация о правах и обязанностях застрахованных лиц.

Акт приема-передачи  
документов, необходимых для информирования о системе ОМС

1. Информация о (наименование СМО).
2. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
3. Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».
4. Порядок выбора лечащего врача.
5. Защита прав застрахованных.
6. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
7. Постановление Правительства Российской Федерации от 19.12.2016 № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».
8. Постановление Правительства Московской области от 22.12.2016 № 982/47 «О Московской областной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и плановый период 2018 и 2019 годов».
9. Образец доверенности на представителя
10. Образец доверенности на ребенка
11. Памятка застрахованного - (кол-во штук).

(наименование МФЦ)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
М.П.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

(название СМО)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
М.П.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Список уполномоченных лиц СМО

№ п/п	Ф.И.О.	должность	телефон	e-mail



Список уполномоченных лиц МФЦ

№ п/п	Ф.И.О.	должность	телефон	e-mail

Акт приема-передачи  
бланков временных свидетельств и изготовленных полисов ОМС, журнала  
регистрации выдачи полисов обязательного медицинского страхования  
от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

В соответствии с настоящим актом:  
(название СМО) передает, а (наименование МФЦ) принимает:

№	Наименование документа	Реквизиты документа (ов)	Кол-во (шт)
1	Бланки временных свидетельств, подтверждающих оформление полиса ОМС		
2	Полисы обязательного медицинского страхования		
3	Журнал регистрации выдачи полисов обязательного медицинского страхования		

(наименование МФЦ)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

М.П.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.

(название СМО)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

М.П.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.

Акт приема-передачи  
нереализованных и испорченных бланков временных свидетельств,  
невостребованных полисов ОМС, журналов регистрации выдачи полисов  
обязательного медицинского страхования  
от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

В соответствии с настоящим актом:  
(наименование МФЦ) передает, а (название СМО) принимает:

№	Наименование документа	Реквизиты документа (ов)	Кол-во (шт)
1	Нереализованные бланки временных свидетельств, подтверждающих оформление полиса обязательного медицинского страхования		
2	Испорченные бланки временных свидетельств, подтверждающих оформление полиса обязательного медицинского страхования		
3	Невостребованные полисы обязательного медицинского страхования		
4	Журнал регистрации выдачи полисов обязательного медицинского страхования		

(наименование МФЦ)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

М.П.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.

(название СМО)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

М.П.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.

Организационно-технологический регламент информационного взаимодействия между МФЦ и СМО при выдаче полисов обязательного медицинского страхования (ОТР-ИВ-МФЦ)

## 1 Аннотация

Настоящий документ устанавливает требования к регламенту информационного взаимодействия между МФЦ и СМО при ведении регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц в соответствии с:

«Общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования», утвержденными Приказом ФОМС от 7 апреля 2011 года № 79 (в действующей редакции) (далее – ОППФ, Общие принципы);

«Техническими условиями информационного взаимодействия автоматизированных информационных систем субъектов и участников ОМС в Московской области. Редакция восьмая», утвержденным приказом ТФОМС МО от 17 ноября 2014 года № 296 (далее – Технические условия, ТУ).

## 2 Принятые сокращения:

Таблица 1

Сокращение	Полное наименование
АИС	Автоматизированная информационная система
ДУЛ	Документ, удостоверяющий личность
ЕНП	Единый номер полиса
ЗЛ	Застрахованное лицо
ЗПДнЗЛ	Зарегистрированные персональные данные застрахованных лиц
ИВ	Информационное взаимодействие АИС участников ОМС
ИО	Информационный обмен данными между субъектами
МФЦ	Государственное казенное учреждение Московской области "Московский областной Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг
НСИ	Нормативно-справочная информация
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ОТР	Организационно-технологический регламент
ПО	Программное обеспечение

РЗ СМО	Регистр застрахованных СМО. Сегмент РС ЕРЗ, относящийся к конкретной СМО.
РС ЕРЗ	Региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц Московской области
СМО	Страховая медицинская организация
РЛДД	Реестр личных дел и документов (база обращений в МФЦ)
ТФОМС МО	Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Московской области
ФЛК	Форматно-логический контроль

### 3. Наименование процесса обмена

3.1 Ежедневная передача от МФЦ в СМО изменений сведений о застрахованных лицах в формате XML и архива со скан-копиями (не позднее 09-00 ч. дня, следующего за днем совершения операции), в том числе

3.1.1. Изменений сведений о застрахованных лицах связанных с подачей заявления о выборе СМО, подачей заявления о выдаче дубликата полиса ОМС или переоформлении полиса ОМС в формате XML и архива, содержащего скан-копии ДУЛ ЗЛ, документа подтверждающего регистрацию по месту жительства ЗЛ, СНИЛС ЗЛ, ДУЛ представителя ЗЛ (при обращении законного представителя или представителя по доверенности), доверенности (при обращении представителя по доверенности), подписанного заявления, заполненного временного свидетельства, подтверждающего оформление полиса ОМС, а также фотографии застрахованного лица и изображения его собственноручной подписи в случае оформления электронного полиса ОМС.

3.1.2. Изменений сведений о застрахованных лицах связанных с подачей заявления об изменении данных о застрахованном лице без замены полиса ОМС в формате XML и архива, содержащего скан-копии ДУЛ ЗЛ, документа подтверждающего регистрацию по месту жительства ЗЛ, СНИЛС ЗЛ, ДУЛ представителя ЗЛ (при обращении законного представителя или представителя по доверенности), доверенности (при обращении представителя по доверенности), подписанного заявления, полиса ОМС (с 2-х сторон).

3.1.3. Изменений сведений о застрахованных лицах связанных с получением полиса ОМС на руки в формате XML и архива, содержащего скан-копии ДУЛ ЗЛ, ДУЛ представителя ЗЛ (при обращении законного представителя или представителя по доверенности), доверенности (при обращении представителя по доверенности), полиса ОМС (с 2-х сторон), подписанного журнала регистрации выдачи полисов ОМС (один лист).

3.2 Подтверждение от СМО принятых в обработку файлов ИО (до 18-00 следующего рабочего дня со дня получения СМО Пакета из п.3.1).

### 4 Ответственный по процессу

МФЦ отвечает за подготовку и передачу данных при осуществлении ИО согласно п.3.1.

СМО отвечает за подготовку и передачу данных при осуществлении ИО согласно п.3.2.

## **5 Участники информационного обмена**

Участник, передающий данные – МФЦ (ИО п.3.1), СМО (ИО п.3.2).

Участник, принимающий данные – СМО (ИО п.3.1), МФЦ (ИО п.3.2).

## **6 Процессы информационного обмена**

ИО производится каждым МФЦ отдельно с каждой СМО.

Передача файла XML с ЗПДнЗЛ и архива со скан-копиями за день осуществляется ежедневно путем выкладывания XML-файла и архива со скан-копиями в автоматизированном режиме на терминальный файловый ресурс (FTP) в подпапку «IN» папки целевой СМО. Данный ресурс является единым для всех СМО и содержит в себе папки, наименования которых соответствуют 5-значному реестровому номеру СМО (из справочника НСИ).

Данные файлы подгружаются в ПО СМО, проходят ФЛК, после чего результаты выгружаются в ТФОМС МО в формате DBF согласно действующему региональному регламенту ИО.

По факту принятия СМО от МФЦ XML-файла ИО и архива со скан-копиями на ресурсе и обработки данного файла автоматически создается файл Протокола обработки файла с изменениями, который СМО загружают в подпапку «OUT» соответствующей папки на FTP.

### **6.1 Способы передачи и приема объектов ИО**

Передача и прием объектов ИО производится с применением терминального файлообменного сервиса (FTP) по защищенному каналу связи в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации в сфере защиты информации и персональных данных гражданина.

Для ИО между МФЦ и СМО используется «Пакет ИО» (далее – Пакет). Пакет содержит данные, предусмотренные конкретным процессом ИО.

При ИО каждому Пакету присваивается уникальное имя, и весь ИО в рамках Пакета происходит с указанием этого имени.

Типовые требования к шаблонам имен файлов, участвующих в ИО приведены в [Приложении 1](#) к настоящему документу.

### **6.2 Процесс ИО: Ежедневная передача от МФЦ в СМО изменений сведений о ЗЛ в формате XML со скан-копиями ДУЛ ЗЛ и подписанных заявлений.**

Процесс ИО обеспечивает передачу из МФЦ в каждую СМО

ЗПДнЗЛ, обратившихся в данное МФЦ по данной СМО с целью:

- выбора СМО;
- переоформления полиса ОМС;
- получения дубликата полиса ОМС;
- внесения уточнений в зарегистрированные персональные данные ЗЛ, не требующих замены или изменения полиса ОМС;
- получения на руки изготовленного полиса ОМС единого образца.

Процесс состоит из следующих технологических этапов:

- **Этап 1.** Передача в СМО файла с изменениями ЗПДнЗЛ и скан-копий от МФЦ;
- **Этап 2.** Обработка файла с изменениями ЗПДнЗЛ в СМО и представление в МФЦ Протокола обработки файла с изменениями ЗПДнЗЛ.

## **6.2.1 Этап 1. Передача в СМО файла с изменениями ЗПДнЗЛ от МФЦ**

### **6.2.1.1 Условия начала этапа**

В течение рабочего дня в МФЦ по данной СМО были зарегистрированы обращения ЗЛ с целью выбора СМО, выдачи дубликата полиса ОМС или переоформления полиса ОМС, внесения уточнений в ЗПДнЗЛ, не требующих замены полиса ОМС, получения на руки изготовленного полиса ОМС единого образца.

АИС МФЦ формирует XML-файл для каждого обращения ЗЛ по шаблону и направляет их на шлюзовой сервис РЛДД, который осуществляет сбор скан-копий по внутреннему идентификатору обращения РЛДД. Затем сервис разделяет полученные запросы по МФЦ в соответствии со справочником кодов МФЦ, формирует общий XML-файл с изменениями ЗПДнЗЛ на текущую дату для каждого МФЦ.

В соответствии с п.3.1. автоматически запускается сервис, группирующий файлы с изменениями ЗПДнЗЛ по целевой СМО, создающий архивы со скан-копиями документов, фотографиями ЗЛ и изображениями собственноручных подписей ЗЛ и присваивающий полученным файлам наименования в соответствии с Приложением 1. Затем сервис помещает полученные в результате группировки файлы в подпапку «IN» папки целевой СМО. В файл с изменениями включены все вновь введенные и измененные сведения о ЗЛ с момента последней отправки изменений в СМО.

### **6.2.1.2 Сроки действий**

Ежедневно, начиная с начала действия Договора о взаимодействии страховых медицинских компаний и МФЦ, при наличии изменений ЗПДнЗЛ в данном МФЦ по данной СМО. Количество выполнений этапа в течение

календарного дня не более одного.

### **6.2.1.3 Действия участников на этапе**

АИС МФЦ направляет на терминальный файловый сервис Пакеты, включающие в себя файл с изменениями ЗПДнЗЛ, скан-копии по данному МФЦ. Пакеты предоставляется от имени МФЦ - каждого удаленного окна, входящего в юридическое лицо.

СМО загружает Пакеты с FTP, проводит ФЛК целостности Пакетов и при отсутствии ошибок целостности Этап завершается.

### **6.2.1.4 Состав и целостность передаваемых данных**

При передаче файлов-объектов ИО имя файла с изменениями ЗПДнЗЛ должно содержать следующую последовательность символов:

**mQQQ\_YYYYY\_GGMMDD.XML (см. Приложение 1);**

а имя архива со скан-копиями должно содержать следующую последовательность символов:

**cQQQ\_YYYYY\_GGMMDD.zip (см. Приложение 1).**

При включении в файл с изменениями ЗПДнЗЛ заявлений на оформление электронных полисов ОМС в пакет информационного обмена также включаются файлы с наименованием по следующему шаблону:

**QQQ\_YYYYY\_GGMMDD\_<N\_REC>.FACE (см. п. 7.2.)** - изображение фотографии застрахованного лица

**QQQ\_YYYYY\_GGMMDD\_<N\_REC>.SIGN (см. п. 7.3.)**- изображение собственноручной подписи застрахованного лица,

где <N\_REC> - значение параметра N\_REC из Таблицы 2 для соответствующей записи в файле m.

Повторное представление от имени МФЦ Пакета с уникальным номером (**QQQ\_YYYYY\_GGMMDD**), ранее прошедшего положительно Этапы 1 и 2, не допускается и блокируется на уровне настройки программы автоматического приема в СМО. В случае согласованной с СМО процедуры аннулирования ранее представленного безошибочного Пакета персоналом АИС СМО должны быть внесены изменения в настройку ПО.

Если за один цикл обработки сообщений было получено несколько Пакетов с одинаковым именем, то все такие Пакеты отклоняются и не обрабатываются.

Пакет включает в себя файлы с изменениями ЗПДнЗЛ в формате XML с кодовой страницей Windows-1251.



Шаблоны имен файлов (см. [Приложение 1](#)):

- mQQQ\_YYYYY\_GGMMDD
- cQQQ\_YYYYY\_GGMMDD.zip

Файлы с изменениями ЗПДнЗЛ должны содержать данные, внесенные в АИС МФЦ с момента последнего принятого Пакета в СМО.

#### **6.2.1.5 Порядок и формы контроля данных**

При осуществлении ИО на программных средствах СМО производится автоматизированный первичный контроль.

#### **6.2.1.6 Условия завершения этапа**

Условиями завершения этапа являются:

1. Поступление в СМО Пакетов.
2. Успешное выполнение первичного контроля – соблюдения ограничений и требований к целостности данных на уровне Пакетов (см.п.6.2.1.5).

При выполнении указанных условий участники ИО могут перейти к Этапу 2.

### **6.2.2 Этап 2. Обработка файла с изменениями ЗПДнЗЛ в СМО и представление в МФЦ Протокола обработки файла с изменениями ЗПДнЗЛ**

#### **6.2.2.1 Условия начала этапа**

Успешное завершение Этапа 1. Наличие в СМО Пакетов, полученных от МФЦ в порядке ИО (см.п.3.1).

#### **6.2.2.2 Сроки действий**

При получении СМО Пакетов до 09-00 каждого календарного дня, обработка файла с изменениями ЗПДнЗЛ и отправка протокола обработки файла с изменениями в МФЦ выполняется до 18-00 следующего рабочего дня со дня получения Пакетов.

#### **6.2.2.3 Действия участников на этапе**

СМО производит проверку данных Пакета, содержащего изменения ЗПДнЗЛ, и информирует МФЦ путем отправки протокола обработки файла с изменениями. Протокол обработки файла с изменениями направляется на весь Пакет в целом.

В случае нарушения целостности хотя бы одного из Пакетов (m-файл или c-файл полученного от конкретного МФЦ) СМО в подпапку «OUT» папки с кодом целевого СМО на ftp-сервисе направляется «отрицательный» ответ (в протоколе обработки файла с изменениями поле CODE\_ERP = 0). Шаблон имени файла: **fQQQ\_YYYYY\_GGMMDDz**, где **z** = 0. В таком случае МФЦ в течение часа после получения «отрицательного» протокола повторно направляет файлы в подпапку «IN» папки целевой СМО Пакеты с учётом исправления нарушения целостности пакетов.

В случае, если все записи в Пакете, содержащем изменения ЗПДнЗЛ, успешно прошли обработку в СМО, то все сведения из данного Пакета загружаются в ПО СМО и в подпапку «OUT» папки с кодом целевого СМО на ftp-сервисе направляется «положительный» ответ (в протоколе обработки файла с изменениями поле CODE\_ERP = 1). Шаблон имени файла: **fQQQ\_YYYYY\_GGMMDDz** (см. [Приложение 1](#)), где **z** = 1. Затем СМО производит удаление полученных **m**- и **c**- пакетов из подпапки «IN». В таком случае Этап 2 считается завершённым.

В случае, если в Пакете присутствует хотя бы одна запись, не прошедшая успешно обработку в СМО, то СМО производит проверку Пакета, содержащего скан-копии, вносит необходимые корректировки в исходный Пакет, полученный от МФЦ (в **m**-файл). После чего все сведения из данного Пакета загружаются в ПО СМО и в подпапку «OUT» папки с кодом целевого СМО на ftp-сервисе направляется «положительный» ответ (в протоколе обработки файла с изменениями поле CODE\_ERP = 1). Шаблон имени файла: **fQQQ\_YYYYY\_GGMMDDz**, где **z** = 2. Затем СМО производит удаление полученных **m**- и **c**- пакетов из подпапки «IN». В таком случае Этап 2 считается завершённым.

#### **6.2.2.4 Состав и целостность передаваемых данных**

Объектом ИО на данном этапе является Протокол обработки файла с изменениями в формате XML.

Шаблон имени файла: **fQQQ\_YYYYY\_GGMMDDz** (см. [Приложение 1](#)).

#### **6.2.2.5 Условия завершения этапа**

Получение МФЦ от СМО «положительного» ответа (в протоколе обработки файла с изменениями поле CODE\_ERP = 1).

В случае неполучения МФЦ в течение срока, предусмотренного [п.6.2.2.2](#), «положительного» Протокола обработки файла с изменениями, МФЦ должен направить в СМО сообщение о проблеме с указанием уникального идентификатора (имени) файла ИО, по которому не получен Протокол обработки файла с изменениями. Сообщение о проблеме может быть направлено по электронной почте (см. [п.11](#)).

## 7 Объекты ИО

### 7.1 Объект «Изменения сведений о ЗЛ»

#### 7.1.1 Краткая характеристика объекта

Объект предназначен для передачи изменений сведений о ЗЛ, зарегистрированных в МФЦ на момент обращения ЗЛ.

#### 7.1.2 Структура объекта

Таблица 2

№ п/п	XML-имя	Тип	Раз мер	ОЗ	Наименование	Дополнительная информация
	packet	<b>Корневой элемент</b>				
	zglv	<b>Информация об участниках информационного обмена</b>				
1	SMOCOD	Char	5	О	Реестровый номер страховой медицинской организации	В соответствии с реестром СМО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС. Из справочника НСИ.
2	PRZCOD	Char	3	О	Код МФЦ	Должен соответствовать набору символов QQQ в имени файла ( <a href="#">Приложение 1</a> )
3	DATE	Date		О	Дата формирования файла	Должна соответствовать набору символов GGMMDD в имени файла ( <a href="#">Приложение 1</a> )
	zap	<b>Запись</b>				
4	N_REC	Char	36	О	Уникальный идентификатор записи в обменном файле	Должно соблюдаться условие уникальности в рамках одного файла XML
5	FAM	Char	40	О	Фамилия ЗЛ	Фамилия, имя, отчество указываются в том виде, в котором они записаны в предъявленном документе, удостоверяющем личность, без сокращений и точек, начиная с буквы. Допустимы прописные буквы русского алфавита, символы «дефис» и «апостроф». Допустимо разделение отдельных частей атрибута символом «пробел». В случае отсутствия отчества в ДУЛ, атрибут <u>не подлежит заполнению</u> никаким символом.
6	IM	Char	40	О	Имя ЗЛ	
7	OT	Char	40	У	Отчество ЗЛ	
8	W	Num	1	О	Пол ЗЛ	1- Мужской 2- Женский

№ п/п	XML-имя	Тип	Раз мер	ОЗ	Наименование	Дополнительная информация
9	DR	Date		О	Дата рождения ЗЛ	Если в ДУЛ, не указан день рождения, то он принимается равным "01". Если в ДУЛ, не указан месяц рождения, то месяц рождения принимается равным "01" (январь).
10	C_OKSM	Char	3	О	Гражданство ЗЛ	Трёхбуквенный код страны по классификатору ОКСМ. Множество допустимых значений определяется справочником «Страны мира (ОКСМ)». Для лиц без гражданства – значение «Б/Г».
11	SS	Char	14	У	СНИЛС застрахованного лица	Уникальный страховой номер индивидуального лицевого счета, присваиваемый гражданину в системе учета ПФР России. Шаблон заполнения атрибута: XXX-XXX-XXX XX, где X - любая десятичная цифра.
12	PHONE	Char	10	О	Телефон	Контактная информация застрахованного лица. Шаблон заполнения атрибута: XXXXXXXXXXXX, где X - любая десятичная цифра.
13	EMAIL	Char	50	О	Адрес электронной почты	Контактная информация застрахованного лица.
14	KATEGORY	Num	1	О	Категория застрахованного лица	1- Работающий гражданин РФ; 2- Неработающий гражданин РФ.
15	FAM_PR	Char	130	У	Фамилия представителя	Заполняется в случае наличия представителя. Фамилия указывается в том виде, в котором она записана в предъявленном ДУЛ, без сокращений и точек, начиная с буквы. Допустимы прописные буквы русского алфавита, символы «дефис» и «апостроф».
16	IM_PR	Char	130	У	Имя представителя	Заполняется в случае наличия представителя. Имя указывается в том виде, в котором оно записано в

№ п/п	XML-имя	Тип	Раз мер	ОЗ	Наименование	Дополнительная информация
						предъявленном ДУЛ, без сокращений и точек, начиная с буквы. Допустимы прописные буквы русского алфавита, символы «дефис» и «апостроф».
17	OT_PR	Char	130	У	Отчество представителя	Заполняется в случае наличия представителя. Отчество указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном ДУЛ, без сокращений и точек, начиная с буквы. Допустимы прописные буквы русского алфавита, символы «дефис» и «апостроф». В случае отсутствия отчества в ДУЛ, поле не заполняется
18	DOCTYPE_PR	Num	2	У	Тип ДУЛ представителя	Заполняется в случае наличия представителя. Множество допустимых значений определяется столбцом «Код типа документа» Таблицы 3.
19	DOCSER_PR	Char	10	У	Серия ДУЛ представителя	Заполняется в случае наличия представителя. Атрибут обязателен к заполнению, если серия предусмотрена шаблоном документа (таблица 3).
20	DOCNUM_PR	Char	20	У	Номер ДУЛ представителя	Заполняется в случае наличия представителя.
21	DOCDATE_PR	Date		У	Дата выдачи ДУЛ представителя	Заполняется в случае наличия представителя.
22	NAME_VP_PR	Char	80	У	Наименование органа, выдавшего ДУЛ представителя	Указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном ДУЛ. Полностью, без сокращений и точек, начиная с буквы. Допустимы прописные буквы русского алфавита, цифры, символы «№», «дефис», «двойные кавычки». Допустимое разделение отдельных частей атрибута символом «пробел».
23	CONTACT_PR	Char	10	У	Телефон представителя	Контактная информация представителя. Шаблон

№ п/п	XML-имя	Тип	Раз мер	ОЗ	Наименование	Дополнительная информация
						заполнения атрибута: XXXXXXXXXXXX, где X - любая десятичная цифра.
24	NUM_DOV	Char	10	У	Номер доверенности	Заполняется в случае наличия представителя по доверенности
25	DATE_DOV	Date		У	Дата выдачи доверенности	Заполняется в случае наличия представителя по доверенности
26	DATE_EXP_DOV	Date		У	Дата окончания срока действия доверенности	Заполняется в случае наличия представителя по доверенности
27	DOCTYPE	Num	2	О	Тип ДУЛ	Множество допустимых значений определяется столбцом «Код типа ДУЛ» Таблицы 3. Атрибут обязателен к заполнению.
28	DOCSER	Char	10	У	Серия ДУЛ	Серия ДУЛ. Атрибут обязателен к заполнению, если серия предусмотрена шаблоном ДУЛ (таблица 3).
29	DOCNUM	Char	20	О	Номер ДУЛ	Номер ДУЛ. Атрибут обязателен к заполнению.
30	DOCDATE	Date		О	Дата выдачи ДУЛ	Атрибут обязателен к заполнению.
31	NAME_VP	Char	80	У	Наименование органа, выдавшего ДУЛ	Указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном ДУЛ. Полностью, без сокращений и точек, начиная с буквы. Допустимы прописные буквы русского алфавита, цифры, символы «№», «дефис», «двойные кавычки». Допустимо разделение отдельных частей атрибута символом «пробел».
32	MR	Char	100	О	Место рождения застрахованного лица	Место рождения указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном ДУЛ. Атрибут обязателен к заполнению.
33	FAM_O	Char	40	У	Прежняя фамилия ЗЛ	Данные по лицу до передачи сведений в СМО об изменении. Заполняется в случае изменений в фамилии, имени,
34	IM_O	Char	40	У	Прежнее имя ЗЛ	
35	OT_O	Char	40	У	Прежнее отчество ЗЛ	
36	W_O	Num	1	У	Прежний пол ЗЛ	

№ п/п	XML-имя	Тип	Раз мер	ОЗ	Наименование	Дополнительная информация
37	DR_O	Date		У	Прежняя дата рождения ЗЛ	отчестве, поле или дате рождения ЗЛ.
38	DOCTYPE_O	Num	2	Н	Тип прежнего ДУЛ	Множество допустимых значений определяется столбцом «Код типа ДУЛ» Таблицы 3. Заполняется только в случае передачи сведений об изменении ДУЛ.
39	DOCSER_O	Char	10	Н	Серия прежнего ДУЛ	Заполняется только в случае передачи сведений об изменении ДУЛ.
40	DOCNUM_O	Char	20	Н	Номер прежнего ДУЛ	
41	DOCDATE_O	Date		Н	Дата выдачи прежнего ДУЛ	
42	NAME_VP_O	Char	80	Н	Наименование органа, выдавшего прежний ДУЛ	
43	MR_O	Char	100	У	Прежнее место рождения застрахованного лица	
44	BOMG	Num	1	О	Признак лица без определённого места жительства	0 – имеет постоянную или временную регистрацию по месту жительства;
45	SUBJ_R	Char	5	О	Код региона РФ места регистрации	Код ОКATO по классификатору субъектов F010 федерального пакета НСИ.  Всегда = 46000
46	INDX_R	Char	6	Н	Почтовый индекс места жительства	
47	RNNAME_R	Char	80	О	Район места регистрации	Заполняется по «Справочнику административно-территориального деления ОКATO».
48	GORNAME_R	Char	80	У	Город	
49	NPNAME_R	Char	80	У	Наименование населенного пункта	
50	UL_R	Char	80	У	Наименование улицы места регистрации	Заполняется по «Справочнику административно-территориального деления ОКATO».  Не заполняется в случае отсутствия наименования улицы в данных ДУЛ.
51	DOM_R	Char	7	У	Номер дома места	Номера домов и квартир не

№ п/п	XML-имя	Тип	Раз мер	ОЗ	Наименование	Дополнительная информация
					регистрации	заполняются в случае их отсутствия в данных ДУЛ.
52	KORP_R	Char	6	У	Номер корпуса и/или строения места регистрации.	В случае наличия номера корпуса и номера строения места регистрации, информация о них указывается через «-».
53	KV_R	Char	6	У	Номер квартиры места регистрации	
54	DREG_R	Date		У	Дата регистрации	Заполняется в точном
55	SUBJ_G	Char	5	У	Код региона РФ места жительства	Код ОКATO по классификатору субъектов F010 федерального пакета НСИ. Может быть только = 46000
56	INDX_G	Char	6	Н	Почтовый индекс места жительства	
57	RNNAME_G	Char	80	У	Район места жительства	Заполняется по «Справочнику административно-территориального деления ОКATO».
58	GORNAME_G	Char	80	У	Город	
59	NPNAME_G	Char	80	У	Наименование населенного пункта	
60	UL_G	Char	80	У	Наименование улицы места жительства	Заполняется по «Справочнику административно-территориального деления ОКATO».  Не заполняется в случае отсутствия наименования улицы
61	DOM_G	Char	7	У	Номер дома места жительства	Номера домов и квартир не заполняются в случае их отсутствия. В случае наличия номера корпуса и номера строения места жительства, информация о них указывается через «-».
62	KORP_G	Char	6	У	Номер корпуса и/или строения места жительства.	
63	KV_G	Char	6	У	Номер квартиры места жительства	
64	DVIZIT	Date		О	Дата обращения ЗЛ (его представителя)	Дата обращения ЗЛ (его представителя) в МФЦ.
65	METHOD	Char	1	О	Способ подачи заявления	1 – лично; 2 – мать; 3 – отец; 4 – представитель по доверенности



№ п/п	XML-имя	Тип	Раз мер	ОЗ	Наименование	Дополнительная информация
66	RSMO	Num	1	О	Причина обращения застрахованного лица	1- первичный выбор СМО; 2- изменение реквизитов; 3- установление ошибочности сведений; 4- ветхость и непригодность полиса; 5- утрата ранее выданного полиса; 6- окончание срока действия полиса; 7- внесение изменений, не требующих перевыпуска полиса; 8- получение полиса; 9- замена СМО в соответствии с правом замены; 10- замена СМО в связи со сменой места жительства; 11- замена СМО в связи с прекращением действия договора.
67	FPOLIC	Num	1	О	Выбранная форма изготовления полиса	Указывается форма изготовления полиса: 0 – не требует изготовления полиса; 1 – бумажный бланк; 2 – электронный полис.
68	TER_ST	Char	5	У	Текущая территория страхования	Код территории по ОКАТО из справочника регионов.
69	OGRNSMO	Char	15	У	ОГРН СМО	ОГРН СМО текущего страхования. Множество допустимых значений определяется справочником «Страховые медицинские организации».
70	DATE_ST	Date		У	Дата начала предыдущей страховки	Заполняется в соответствии с записью о предыдущей страховке
71	ENP	Char	16	У	Действующий ЕНП	ЕНП, присваиваемый каждому ЗЛ, позволяет однозначно идентифицировать ЗЛ в ЕРЗ. В случае изменения пола и/или даты рождения ЕНП подлежит изменению. Номер полиса ОМС единого образца, указанный на бланке полиса ОМС, выданного застрахованному. Атрибут

№ п/п	XML-имя	Тип	Раз мер	ОЗ	Наименование	Дополнительная информация
						обязателен для заполнения при передаче сведений о ЗЛ, ранее зарегистрированном в РС ЕРЗ.
72	VPOLIC	Num	1	О	Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	2 – временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса ОМС; 3 – полис ОМС единого образца
73	NPOLIC	Char	16	О	Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется в соответствии с документом, выданным ЗЛ при данном обращении в МФЦ. Для полиса единого образца указывается номер бланка полиса.
74	DBEG	Date		У	Дата выдачи документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Заполняется датой выдачи временного свидетельства. В случае регистрации события обращения ЗЛ за изготовленным полисом ОМС единого образца заполняется датой выдачи полиса на руки застрахованному лицу.
75	DEND	Date		У	Дата окончания действия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС	Атрибут обязателен к заполнению для временных свидетельств ОМС, и для полисов ОМС с ограниченным сроком действия.
76	DOCEXP	Date		У	Срок действия ДУЛ	Дата, начиная с которой, ДУЛ считается прекратившим действие. Атрибут обязателен к заполнению для ДУЛ типов 10,12,13,22,25,27,28 (см. Таблицу 3)
77	DOCTYP_DOP	Num	2	У	Тип дополнительного ДУЛ	Множество допустимых значений определяется значениями: 11 – вид на жительство; 23 – разрешение на временное проживание, 26 – удостоверение сотрудника Евразийской экономической комиссии. 29 Сведения о трудовом договоре трудящегося государства-члена ЕАЭС Атрибут обязателен к заполнению для иностранных граждан и лиц без гражданства, временно или постоянно проживающих на территории РФ.
78	DOCSER_DOP	Char	10	У	Серия дополнительного ДУЛ	Атрибут обязателен к заполнению в случае

№ п/п	XML-имя	Тип	Раз мер	ОЗ	Наименование	Дополнительная информация
						заполнения атрибута «Тип дополнительного ДУЛ», если серия предусмотрена шаблоном ДУЛ (таблица 4)
79	DOCNUM_DOP	Char	20	У	Номер дополнительного ДУЛ.	Атрибут обязателен к заполнению для иностранных граждан и лиц без гражданства, если заполнен атрибут «Тип дополнительного ДУЛ».
80	DOCDAT_DOP	Date		У	Дата выдачи дополнительного ДУЛ	Атрибут обязателен к заполнению для иностранных граждан и лиц без гражданства, если заполнен атрибут «Тип дополнительного ДУЛ».
81	DOCEXP_DOP	Date		У	Срок действия дополнительного ДУЛ	Дата, начиная с которой ДУЛ считается прекратившим действие. Атрибут обязателен к заполнению для иностранных граждан и лиц без гражданства, если заполнен атрибут «Тип дополнительного ДУЛ».
82	NAM_VP_DOP	Char	80	У	Наименование органа, выдавшего дополнительный ДУЛ	Указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном ДУЛ. Полностью, без сокращений и точек, начиная с буквы. Допустимы прописные буквы русского алфавита, цифры, символы «№», «дефис», «двойные кавычки». Допустимо разделение отдельных частей атрибута символом «пробел». Атрибут заполняется только для иностранных граждан и лиц без гражданства.
83	DOCEXP_O	Date		У	Срок действия прежнего ДУЛ	Дата, начиная с которой ДУЛ считается прекратившим действие. Атрибут заполняется только в случае передачи сведений об изменении ДУЛ. Атрибут обязателен к заполнению для ДУЛ типов 10,11,12,13,22, 25, 27, 28 (см. Таблицу 3).
84	ДОСТУП_O_D	Num	2	У	Тип прежнего дополнительного ДУЛ	Множество допустимых значений определяется значениями: 11 – вид на жительство; 23 – разрешение на временное проживание; 26 – удостоверение сотрудника Евразийской экономической комиссии. 29 Сведения о трудовом

№ п/п	XML-имя	Тип	Раз мер	ОЗ	Наименование	Дополнительная информация
						договоре трудящегося государства-члена ЕАЭС  Атрибут обязателен к заполнению ТОЛЬКО для иностранных граждан и лиц без гражданства В случае передачи сведений об изменении ДУЛ
85	DOCSER_O_D	Char	10	У	Серия прежнего дополнительного ДУЛ	Атрибут обязателен к заполнению в случае заполнения атрибута «Тип прежнего дополнительного ДУЛ», если серия предусмотрена шаблоном документа (таблица 4).
86	DOCNUM_O_D	Char	20	У	Номер прежнего дополнительного ДУЛ	Атрибут обязателен к заполнению, если заполнен атрибут «Тип прежнего дополнительного ДУЛ».
87	DOCDAT_O_D	Date		У	Дата выдачи прежнего дополнительного ДУЛ	Атрибут обязателен к заполнению, если заполнен атрибут «Тип прежнего дополнительного ДУЛ».
88	DOCEXP_O_D	Date		У	Срок действия прежнего дополнительного документа	Атрибут обязателен к заполнению, если заполнен атрибут «Тип прежнего дополнительного ДУЛ».
89	NAM_VP_O_D	Char	80	У	Наименование органа, выдавшего прежний дополнительный документ	Атрибут заполняется только, если заполнен атрибут «Тип прежнего дополнительного ДУЛ».

**Контроль семантической целостности** объекта производится по следующим правилам:

1. Конкатенация полей FAM и IM не должна быть пустой.
2. Конкатенация полей FAM\_PR и IM\_PR представителя не должна быть пустой.
3. Поле DR – значение должно находиться в интервале {01/01/1900} – день предшествующий подаче файла изменений.
4. В случае, если значение поля METHOD=4, то необходимо обязательное заполнение сведений о доверенности (NUM\_DOV, DATE\_DOV, DATE\_EXP\_DOV)
5. Значения полей DR, DOCDATE\_PR, DATE\_DOV, DOCDATE, DOCDATE\_O, DREG\_R, DOCDAT\_O\_D, DR\_O, DBEG, DVIZIT не должны превышать дату подачи файла в СМО.
6. Поля INDX\_G, INDX\_R должны быть заполнены шестью цифровыми символами.
7. Если заполнены поля DOCNUM (DOCNUM\_O, DOCNUM\_DOP, DOCNUM\_O\_D) или DOCSER (DOCSER\_O, DOCSER\_DOP, DOCSER\_O\_D),

то обязательно должно быть заполнено поле DOCTYPE (DOCTYPE\_O, DOCTYP\_DOP, DOCTYP\_O\_D).

8. Если заполнено поле DOCTYPE, то заполнение полей DOCNUM и DOCSEK должно соответствовать шаблонам из Таблиц 3.

**Таблица 3**

Код типа документа (DOCTYPE; DOCTYP_DOP; DOCTYPE_O; DOCTYP_O_D)	Наименование документа полное	Шаблон серии	Шаблон номера	Примечания
3	Свидетельство о рождении, выданное в Российской Федерации	R-ББ	999999	
9	Паспорт иностранного гражданина	S1	S9	
10	Свидетельство о регистрации ходатайства о признании иммигранта беженцем на территории Российской Федерации	S1	000000000009	
11	Вид на жительство	S1	000000000009	
12	Удостоверение беженца в Российской Федерации	S1	000000000009	
13	Временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации	S1	000000000009	
14	Паспорт гражданина Российской Федерации	99 99	999999	
21	Документ иностранного гражданина	S1	S9	
22	Документ лица без гражданства	S1	S9	
24	Свидетельство о рождении, выданное не в Российской Федерации	S1	S9 или аббревиатура «б/н»	В случае заполнения номера значением «б/н» серия не заполняется
25	Свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации	99 или ББ	9999999	
27	Копия жалобы о лишении статуса беженца	S1	000000000009	
28	Иной документ, соответствующий свидетельству о предоставлении убежища на территории Российской Федерации	S1	000000000009	

9. Если заполнено поле DOCTYP\_DOP, то заполнение полей

DOCNUM\_DOP и DOCSER\_DOP должно соответствовать шаблонам из Таблицы 4.

**Таблица 4**

Код типа документа	Наименование документа полное	Шаблон серии	Шаблон номера
11	Вид на жительство	S1	0000000000009
23	Разрешение на временное проживание	S1	S9
26	Удостоверение сотрудника Евразийской экономической комиссии	S	999999
29	Сведения о трудовом договоре трудящегося государства-члена ЕАЭС	S1	0000000000009

10. Если заполнено поле DOCTYPE\_O (DOCTYP\_O\_D), то заполнение полей DOCNUM\_O (DOCNUM\_O\_D) и DOCSER\_O (DOCSER\_O\_D) должно соответствовать шаблонам из Таблицы 3 (Таблицы 4).

Где:

R – на месте одного символа R располагается целиком римское число, заданное символами «I», «V», «X», «L», «C», набранными на верхнем регистре латинской клавиатуры;

9 – любая десятичная цифра (обязательная);

0 – любая десятичная цифра (необязательная, может отсутствовать);

B – любая русская заглавная буква;

S – последовательность символов, символы не контролируются (может содержать любые буквы или цифры, символ « » или вообще отсутствовать);

S1 – расширенная последовательность символов, символы не контролируются (может содержать любые буквы или цифры, символы «-», «/», «\»), « »), или вообще отсутствовать);

S9 – последовательность символов, может содержать любые цифры и буквы латинского алфавита;

«-» (тире/дефис) – указывает на обязательное присутствие данного символа в контролируемом значении.

Пробелы используются для разделения групп символов. Число пробелов между значащими символами и контролируемым значением не превышает одного.

11. Значение поля DOCDATE должно быть больше значения поля DR.

12. Требования к семантической целостности для полей DBEG и DEND в зависимости от «Типа документа, подтверждающего право на ОМС» приведены в таблице 5.

**Таблица 5**

Тип документа, подтверждающего право на ОМС (VPOLIC)	Значение DBEG	Значение DEND

«2» – временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса ОМС	Больше или равно значению {01.05.2011}	DBEG +30 рабочих дней
«3» – полис ОМС единого образца	Больше или равно значению {01.05.2011}	Должно быть заполнено при С_OKSM ≠ «RUS», ДОСТУPE={9, 10, 12, 21, 22, 25, 27, 28} и ДОСТУP_DOP = {11, 23, 26, 29}

13. При VPOLIC=2 значение поля NPOLIC должно содержать 9 цифр. При VPOLIC=3 значение поля NPOLIC должно содержать 11 цифр.

14. При VPOLIC=2 и VPOLIC=3 обязательно должны быть заполнены поля: ДОСТУPE, DOCDATE, MR.

15. Если поле ДОСТУPE (ДОСТУPE\_O) заполнено значениями 10, 12, 13, 25, 27 или 28, то обязательно должно быть заполнено поле DOCEXP (DOCEXP\_O).

16. Если поле ДОСТУP\_DOP (ДОСТУP\_O\_D) заполнено значением 11, 23, 26, 29 то обязательно должны быть заполнены поля DOCDAT\_DOP (DOCDAT\_O\_D) и DOCEXP\_DOP (DOCEXP\_O\_D).

17. Если заполнено поле DOCEXP (DOCEXP\_DOP), то значение поля DOCEXP (DOCEXP\_DOP) должно быть больше значения поля DOCDATE (DOCDAT\_DOP).

18. Если заполнено поле DOCEXP\_O (DOCEXP\_O\_D), то значение поля DOCEXP\_O (DOCEXP\_O\_D) должно быть больше значения поля DOCDATE\_O (DOCDAT\_O\_D).

19. В Таблице 7 приведены условия заполнения полей ДОСТУPE, ДОСТУP\_DOP и С\_OKSM.

**Таблица 7**

ДОСТУPE	ДОСТУP_DOP	С_OKSM
3, 13, 14, 24	не заполняется	«RUS»
10, 12, 25, 27, 28	не заполняется	≠ «RUS»
9	11, 23, 26, 29	≠ «RUS», ≠ «Б/Г»
21	11, 23	≠ «RUS», ≠ «Б/Г»
22	11, 23	«Б/Г»

20. Если поле ДОСТУP\_DOP заполнено значением 11, 23, 26, 29 то поля DOCEXP\_DOP и DEND должны быть заполнены.

21. Условия заполнения поля DOCDATE для паспорта гражданина Российской Федерации (ДОСТУPE (ДОСТУPE\_O) = «14») в зависимости от даты обращения (DVIZIT) приведены в Таблице 8.

**Таблица 8**

ДОСТУPE (ДОСТУPE_O)	DVIZIT	DOCDATE
14	DR+ 14лет +30дней < DVIZIT <= DR+ 20лет + 30 дней	>= DR+ 14 лет
14	DR+ 20 лет + 30дней < DVIZIT <=DR+ 45 лет + 30дней	>= DR+ 20 лет
14	DVIZIT > DR+ 45лет + 30дней	>= DR+45 лет

22. Если поле ДОСТУPE (ДОСТУPE\_O) заполнено значением «3» или «24», то должно выполняться условие: DVIZIT <= DR+ 14 лет + 30дней;

23. Если поле DOCTYPE заполнено значениями 10, 12, 22, 25, 27, 28 то поля DOCEXP и DEND должны быть заполнены, причем значение поля DEND не должно превышать значения поля DOCEXP.

24. Значение поля DBEG должно быть равно значению поля DVIZIT.

25. Если FPOLIC=2, то в свод должны быть в обязательном порядке включены файлы: <N\_REC>.SIGN и <N\_REC>.FACE, где <N\_REC> = N\_REC.

26. Не допускается значение «000-000-000 00» для заполнения поля SS.

27 Если C\_OKSM = «RUS» и DVIZIT > DR+ 14лет, поле SS должно быть заполнено обязательно.

28. Если поле DOCTYPE заполнено значениями 9 и DOCTYP\_DOP= 26, 29, то поле SS должно быть заполнено обязательно.

29. Если поле RSMO заполнено значениями 9, 10, 11, то поля ENP, NPOLIC, TER\_ST, OGRNSMO и DATE\_ST должны быть заполнены обязательно.

30. Если поле RSMO заполнено значениями 9, 10, 11, то значение поля FPOLIC =0.

## **7.2 Объект «Изображение фотографии застрахованного лица»**

### **7.2.1 Краткая характеристика объекта**

Объект предназначен для передачи в СМО и затем в РС ЕРЗ фотографии застрахованного лица, пожелавшего получить полис ОМС на электронном носителе.

### **7.8.2 Структура объекта**

Фотография застрахованного лица должна быть представлена в электронном виде в файле формата JPG. Лицо должно быть изображено чётко, без искажений, строго в анфас без головного убора. Допускается представление фотографии в головных уборах гражданами, религиозные убеждения которых не позволяют показываться перед посторонними лицами без головных уборов. Головной убор при этом не должен скрывать овал лица и/или отображать тень на лицо.

Мимика и выражение лица не должны исказить его черты, изображение должно размещаться на фотографии так, чтобы свободное от изображения поле над головой составляло  $5 \pm 1$  мм.

На фотографии должна быть видна крупным планом голова и плечи, расстояние от подбородка до макушки (верхняя часть головы без учета волос) должно составлять 70-80 % высоты снимка, глаза должны быть открыты и волосы не должны заслонять их, не допускается наличие эффекта «красных глаз» на фотографии.

Фотография должна быть сделана так, чтобы воображаемая горизонтальная линия между центрами глаз была параллельна верхней кромке снимка.



Изображение на фотографии должно быть резким, четким, среднего контраста, с мягким светотеневым рисунком, задний фон должен быть светлее изображения лица, ровный, без полос, пятен и изображений посторонних предметов.

Недопустима общая и в деталях размытость фотоснимка, наличие нерезких бликов в изображении глаз.

При фотографировании в очках глаза на фотографии должны быть видны ясно и без отражения света. Линзы в очках не должны быть тонированными. Не следует снимать в очках с крупной оправой и не допускать, чтобы оправа закрывала какую-либо часть глаз.

Фотография должна быть сделана не позднее, чем за 6 месяцев до ее предоставления, недопустимо использование фотографии в случае, если с момента фотосъемки произошли существенные изменения лица.

На фотографии не должно быть других людей или предметов.

Освещение должно быть равномерным, без теней или отражений на лице или фоне.

Освещение и процесс фотографирования при съёмке должны обеспечивать цветовой баланс для правдивого отображения естественного цвета кожи.

Степень сжатия изображения должна обеспечивать наилучшее качество. Не допускается наличие видимых артефактов сжатия, наличие видимых глазом ступенчатых изменений цвета или наличие зубчатых границ в областях переходов цвета.

### **7.2.3 Правила контроля объекта**

1. Для любой произвольной последовательности символов <N\_REC>, составляющей имя контролируемого файла <N\_REC>.FACE до расширения, в файле информационного обмена, включенном в тот же свод, должна найтись запись со значением N\_REC = <N\_REC> и FPOLIC=2.
2. Файл должен соответствовать формату JPEG, то есть при попытке открытия его как файла формата JPG не должно возникать ошибки.
3. Размеры изображения должны составлять 400 пикселей по высоте и 320 пикселей по ширине.
4. Цветность изображения должна обеспечивать 256 градаций серого цвета.

## **7.3 Объект «Изображение собственноручной подписи застрахованного лица»**

### **7.3.1 Краткая характеристика объекта**

Объект предназначен для передачи в СМО и затем в РС ЕРЗ

изображения собственноручной подписи застрахованного лица, пожелавшего получить полис ОМС на электронном носителе.

### **7.3.2 Структура объекта**

Подпись застрахованного лица, предназначенная для печати на бланке электронного полиса ОМС, должна предоставляться в электронном виде в формате JPG.

Для подготовки файла с изображением собственноручной подписи необходимо получить от заявителя (гражданина, подпись которого подлежит размещению на бланке электронного полиса ОМС) подпись на бумажном носителе белого цвета. Подпись должна выполняться гелиевой ручкой черного или темно – синего цвета. Размер подписи не должен превышать 10\*46 мм. Полученная собственноручная подпись должна быть отсканирована в электронный формат с разрешением не хуже 400 dpi.

Допускается использование специализированных электронных планшетов для формирования электронного представления собственноручной подписи.

Полученный файл с результатами сканирования или формирования подписи с помощью планшета должен быть преобразован в формат JPG.

### **7.3.3 Правила контроля объекта**

1. Для любой произвольной последовательности символов <N\_REC>, составляющей имя контролируемого файла <N\_REC>.SIGN до расширения, в файле информационного обмена, включенном в тот же свод, должна найтись запись со значением N\_REC = <N\_REC> и FPOLIC=2.
2. Файл должен соответствовать формату JPEG, то есть при попытке открытия его как файла формата JPG не должно возникать ошибки.
3. Разрешение файла должно быть 400 dpi.
4. Размеры изображения должны составлять 160 пикселей по высоте и 736 пикселей по ширине;
5. Цветность изображения должна обеспечивать 256 градаций серого цвета.

## **7.4 Объект «Протокол обработки файла с изменениями»**

### **7.4.1 Краткая характеристика объекта**

Объект предназначен для передачи результатов обработки Пакета информационного обмена.

## 7.4.2 Структура объекта

Таблица 9

№ п/п	XML-имя	Тип	Размер	ОЗ	Наименование	Дополнительная информация
	<b>packet</b>	<b>Корневой элемент</b>				
	<b>zglv</b>	<b>Информация об участниках информационного обмена</b>				
1	SMOCOD	Char	5	О	Реестровый номер страховой медицинской организации	В соответствии с реестром СМО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС
2	PRZCOD	Char	3	О	Код МФЦ	Должен соответствовать набору символов QQQ в имени файла ( <a href="#">Приложение 1</a> )
3	DATE	Date		О	Дата формирования файла	Должна соответствовать набору символов GGMMDD в имени файла ( <a href="#">Приложение 1</a> )
	<b>result</b>	<b>Результат обработки файла информационного обмена</b>				
4	CODE_ERP	Num	1	О	Результат обработки Пакета	0 – не принят СМО 1 –принят СМО
5	COMMENT	Char	250	Н	Комментарий к результату обработки	Указывается при необходимости добавления пояснения к результату обработки.

## 8. Конечный результат процесса обмена

Конечным результатом всех процессов информационного обмена является актуализация РЗ СМО.

## 9. Обязанности сторон

В обязанности сторон по процессу информационного обмена входит:

- Обеспечение безопасности передаваемой (принимаемой) информации в соответствии с требованиями действующих правовых и нормативных документов.
- Соблюдение сроков передачи и приема объектов информационного обмена.
- Своевременное информирование другой стороны о технической или организационной невозможности осуществить процедуру информационного обмена.
- Принятие всевозможных мер для организации информационного обмена с помощью защищенных телекоммуникационных средств.

## 10. Основания для отказа в осуществлении процедур и порядок обжалования

Основаниями для отказа в осуществлении процедур ИО являются:

- Нарушение целостности пакета передаваемых данных передающей стороной. Ответственная сторона – передающая Пакет. Сторона, отказывающаяся в осуществлении процедуры информационного обмена – принимающая Пакет. Документ, подтверждающий отказ – «Протокол обработки файла с изменениями».
- Нарушение регламентированных сроков ИВ со стороны передающей стороны без письменного объяснения причин руководителем МФЦ.

Обжалование действий участника ИО, отказывающегося в осуществлении процедуры ИО, должно производиться в письменном виде в течение 3 рабочих дней с момента получения мотивированного отказа.

### **11. Порядок получения консультаций по процессу обмена**

Консультации по процессу информационного обмена предоставляются СМО ежедневно за исключением выходных и праздничных дней с 10-00 до 17-00 по телефону или электронной почте:

1. Телефон: \_\_\_\_\_,
2. электронная почта: \_\_\_\_\_.

## ТИПОВЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ИМЕНАМ ФАЙЛОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В ИО

При передаче файлов-объектов ИО имя файла должно содержать следующую последовательность символов:

**<TYPE\_FILE>QQQ\_YYYYY\_GGMMDD(z)**, где:

**<TYPE\_FILE>** принимает значение:

**m** – для передачи файлов с изменениями от МФЦ

**f** – для передачи протокола обработки файла с изменениями от СМО;

**c** – для передачи архива со сканами документов от МФЦ.

**QQQ** – 3-значный код МФЦ, в соответствии со справочником кодов МФЦ, осуществляющих деятельность в сфере ОМС (предоставляется со стороны МФЦ в каждую СМО согласно Приложению 1.1).

Символы «\_» (подчеркивание) являются разделителями и обязательно присутствуют в имени файла.

**YYYYY** – 5-значный реестровый номер СМО. Из справочника НСИ.

**GG** – двухзначный код, равный двум последним цифрам календарного года, в котором сформирован файл с изменениями;

**MM** – двухзначный код, равный порядковому номеру месяца, в котором сформирован файл с изменениями;

**DD** - двухзначный код, равный порядковому номеру дня, в котором сформирован файл с изменениями;

**z** – статус протокола обработки Пакета информационного обмена. Может принимать следующие значения:

0 – Пакет не принят полностью или частично;

1 – Пакет принят полностью.

Приложение 2  
к ОТР-ИВ-МФЦ

№	Наименование муниципального образования	Код МФЦ	Краткое наименование МФЦ	Адрес МФЦ	Наименование базы АИС МФЦ
15	Городской округ Дубна	715	МФЦ Дубна ГО Левобережный	141983, Московская область, г. Дубна, ул. Свободы, д. 20	mfc-dubna-svobodi
16		716	МФЦ Дубна ГО Правобережный	141980, Московская область, г. Дубна, ул. Академика Балдина, д. 2	mfc-dubna-baldina

